UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1951 N° 44

Contribution de PSYCHIATRIE SOCIALE

Les Anormaux Psychiques délinquants

Conceptions de défense et de réadaptation sociales

THESE

Pour le Doctorat en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

Présentée et soutenue publiquement en juillet 1951

PAR

GEORGES BECKER

Interne des Hôpitaux Psychiatriques

Membres du Jury

MM.	PLANQUES	*Président*
	MAGNOL	
	RISER	*Assesseurs*
	GERAUD	
	GAYRAL	*Suppléant*

TOULOUSE
IMPRIMERIE DU VIGUIER
6, rue Ninau, 6

1951

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549605_0084

Contribution de Psychiatrie sociale

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1951 N° 44

Contribution de PSYCHIATRIE SOCIALE

Les Anormaux Psychiques délinquants

Conceptions de défense et de réadaptation sociales

THESE

Pour le Doctorat en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

Présentée et soutenue publiquement en juillet 1951

PAR

GEORGES BECKER

Interne des Hôpitaux Psychiatriques

Membres du Jury

MM.	PLANQUES	*Président*
	MAGNOL	
	RISER	*Assesseurs*
	GERAUD	
	GAYRAL	*Suppléant*

TOULOUSE
IMPRIMERIE DU VIGUIER
6, rue Ninau, 6
—
1951

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN	MM.	LEFEBVRE.
ASSESSEUR		BRUSTIER.
Doyens honoraires		GORSE, CALVET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. RISPAL. MM. MÉRIEL. MM. GARIPUY.
LAFFORGUE. CLERMONT. RIBAUT.
SERR. VALLOIS.

PROFESSEURS

Clinique de neurologie et de psychiatrie	MM.	RISER.
Clinique médicale		TAPIE, ROQUES.
Clinique obstétricale		GUILHEM.
Physiosologie		SOULA.
Clinique chirurgicale et du Cancer		DUCUING.
Physique biologique et médicale		BUGNARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		NANTA.
Chimie et Toxicologie		BRUSTIER.
Pathologie générale et médecine expérimentale		SENDRAIL.
Clinique chirurgicale et gynécologie		LEFEBVRE.
Anatomie		LAZORTHES.
Histoire naturelle		DELAS.
Clinique médicale infantile et puériculture		SOREL (R.).
Pharmacie		CAUJOLLE.
Pathologie interne et Clinique des Maladies de la Tuberculose		MOREL.
Bactériologie, hygiène, médecine sociale		ANDRIEU.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		VIRENQUE.
Clinique des maladies des voies urinaires		FABRE (P.).
Matière médicale		VINCENT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie		MÉRIEL (P.)
Anatomie pathologique		FABRE (J.).
Clinique O.R.L. et de chirurgie maxillo-faciale		CALVET.
Clinique ophtalmologique		CALMETTES.
Chimie biologique		VALDIGUIÉ (P.).
Médecine légale et du Travail		PLANQUES.
Histologie et Embryologie		BROUSSY.
Médecine Sociale		BOUNHOURE
Thérapeutique		GADRAT.
Pathologie Chirurgicale		GRIMOUD.
Stomatologie		CADENAT.
Professeur à titre personnel		BAISSET.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie ..... MM. COULOUMA.

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

Anatomie	MM.	POULHÈS.
Histologie		BIMES.
Sciences naturelles		BOUISSET
Pharmacie		COUTURIER.
Botanique	Mme	DULUCQ-MATHO
Bactériologie	Mme	ENJALBERT.
Chimie Biologique	MM.	POLONOVSKI.
Physique médicale		AUVERGNAT.
Chimie générale pharmaceutique		BLANC.

AGRÉGÉS

Médecine	MM.	DARNAUD.
		GÉRAUD.
		DARDENNE.
		LAPORTE (J.).
		BAUDOT.
Ophtalmologie		DÉODATI.
Physique médicale		MARQUÈS.
Obstétrique		PONTONNIE.
Chirurgie		RIEUNAU.
		DIEULAFÉ.
		DAMBRIN (P.).
Oto-Rhino-Laryngologie		CLAUX.
Urologie		LHEZ.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	MM.	GUILHEM.
Chimie biologique		DOUSTE-BLAZY
Chimie pathologique		VALDIGUIÉ (P.)
Chimie minérale		BLANC.
Physique pharmaceutique		AUVERGNAT.
Dermatologie et Syphiligraphie		BAZEX.
Législation pharmaceutique.		BOUISSET.
Tuberculose		MOREL.
Chirurgie pulmonaire		DAMBRIN (P.).
Parasitologie		BAUDOT.
Cryptogamie	MM.	DULUCQ-MATH
Chimie analytique	MM.	BLANC.
Hydrologie et géologie		ASTRE.
Anatomie médico-chirurgicale		THOMAS.
Pharmacodynamie (Méd.)		BAISSET.
Pharmacodynamie (Pharm.).		CAUJOLLE.
Bactériologie et Hygiène		LAPORTE.
Ophtalmologie		DÉODATI.
Neuro-chirurgie		LAZORTHES.
Mycologie		MORQUIER.
Physiologie		COLOMBIES.
Psychiatrie		GAYRAL.
Urologie		LHEZ.
Histologie		PLANEL.

Secrétaire de la Faculté ARGILAS.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération en date du 12 mai 1891)

UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MEMOIRE DE MON BEAU-PERE

Trop tôt ravis à notre affection.

A MA MERE

Avec toute mon affection.

A MA FEMME

Précieuse collaboratrice, en témoignage de notre amour,

A MA FILLE

Avec ma profonde tendresse.

A MA TANTE ET A MON ONCLE

LE DOCTEUR JEAN ROBERT

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques
Médecin-Directeur honoraire
de l'Hôpital Psychiatrique du Gers

Avec ma vive reconnaissance pour l'intérêt affectueux et la bienveillance paternelle qu'ils nous ont toujours témoignés.

A TOUS MES PARENTS

A MA BELLE-FAMILLE

A CEUX QUI ME SONT CHERS

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur PLANQUES

Professeur de Médecine Légale
et de Médecine du Travail

Nous n'oublierons jamais la perfection de son enseignement, sa droiture, son dévouement au-dessus de tout éloge.

A NOTRE JURY DE THESE

Monsieur le Professeur MAGNOL

Doyen honoraire à la Faculté de Droit
Officier de la Légion d'Honneur

Monsieur le Professeur RISER

Professeur de Clinique Neurologique et Psychiatrique
Officier de la Légion d'Honneur
Titulaire de la Médaille Militaire

Monsieur le Professeur GERAUD

Professeur Agrégé à la Faculté
Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Docteur GAYRAL

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques
Chargé de Cours à la Faculté

Avec l'expression de notre reconnaissance pour l'honneur qu'ils nous font en acceptant de siéger à notre Jury de Thèse.

A TOUS MES MAITRES DES HOPITAUX
ET DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE TOULOUSE

A NOTRE MAITRE

Le Docteur PERRET

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques
Médecin-Directeur de l'Hôpital Psychiatrique Marchant de Toulouse
Président de la Société d'Etudes de Psychiatrie Sociale de la région toulousaine

Qui nous a inspiré le sujet de ce travail et facilité son élaboration.
Humble témoignage de notre fidèle et respectueux dévouement.

Avant-Propos

Nous n'avons pas la prétention de faire œuvre originale ni d'apporter la solution définitive d'une problème délicat.

Nous avons simplement voulu rassembler les considérations, exposer les critiques, synthétiser les projets concernant la Protection de la Société envers les anormaux psychiques délinquants, sans négliger l'expérience de certains pays étrangers.

La réalisation de cette « Défense Sociale » s'est toujours heurtée en France aux obstacles éternels de l'incompréhension et de la tradition.

Le moment est peut-être proche où il sera nécessaire de sortir de certaines routines incompatibles avec le développement d'une meilleure organisation sociale.

Introduction

Le Droit Pénal assure le maintien du bon ordre et de la tranquillité publique en établissant une certaine discipline entre les individus, en limitant leurs actes, en imposant une peine en cas de violation de la loi.

La liste des différentes infractions est contenue dans le Code Pénal de 1810, dit Code Napoléon, qui fixe la peine, c'est-à-dire la souffrance imposée par la Société pour chacune de ces infractions.

« Il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu est en état de démence au moment de l'action ou lorsqu'il a été poussé par une force à laquelle il n'a pu résister » dit l'article 64. Le terme « démence » n'est pas pris ici au sens psychiatrique d'affaiblissement mental global, mais au sens juridique, beaucoup plus général, d'aliénation mentale, de psychopathie.

Ainsi, après expertise médico-légale, le prévenu pour lequel est applicable l'article 64, bénéfice d'un non-lieu judiciaire pour entrer en « placement d'office » dans un asile d'aliénés, aujourd'hui appelé Hôpital Psychiatrique, fonctionnant sous la loi du 30 juin 1838.

Mais, l'humanité ne comporte pas, d'une part que des « déments », et d'autre part que des individus « sains d'esprit ». Nombreux sont ceux qui ne possèdent pas l'intégrité de leur volonté, de leur intelligence, et qui sont atteints d' « anormalité mentale » plus ou

moins profonde; « anormalité » qui ne peut se doser mathématiquement, que l'on ne peut tarifer exactement, et que l'on a appelée suivant les auteurs : « Manie sans délire » (PINEL), « Moral Insanity » (PRITCHARD), « Manie instinctive » (MOREL), « Imbecilité morale » (MAUDSLEY), « Débilité morale », « Folie morale », « Folie lucide », « Demi-folie » (GRASSET), « Constitution perverse », « Déséquilibre constitutionnel », « Insociabilité », « Déséquilibre social », etc...

Dans ces cas intermédiaires, l'anormalité psychique pose un problème pénal difficile à résoudre que tranche plus ou moins bien la pratique judiciaire de la façon suivante:

La responsabilité pénale est d'ordre moral et inflige une peine, une souffrance, en expiation de la faute commise: le prévenu est responsable puisque non « dément », on ne peut lui appliquer l'article 64. Mais, ce n'est pas un homme normal, il ne bénéficie pas de son intégrité psychique et sa force de résistance à mal faire n'est pas celle d'un individu sain d'esprit. On prendra donc une mesure de compromis: sa peine sera diminuée. il sera condamné avec attribution des « circonstances atténuantes » d'après l'article 463 révisé par la loi du 20 avril 1832 qui admet une responsabilité atténuée pour un trouble mental ne réalisant pas la « démence ». Il sera donc acquitté ou condamné à une peine légère.

Il ira dans un établissement pénitentiaire, avec les autres condamnés, et lui, déficient psychique, ne sera pas soigné; ses tares mentales ne risqueront que d'être exacerbées par le régime carcéraire. Comme il aura été frappé d'une courte peine, il sera relâché assez rapidement et n'aura pu être ni intimidé, ni traité, et sûrement pas guéri.

A sa libération, la société ne recevra qu'un individu encore plus agressif, encore plus dangereux, et encore plus inadapté qu'avant sa condamnation: on provoque chez lui une attitude de défi et de rancune

par laquelle on sape l'influence éducatrice qu'on veut produire.

Ceci ne donne pas satisfaction au but de Défense Sociale qui est le fondement de la justice et de la pénalité. « La société est mal défendue par des jugements qui ne convainquent ni les intéressés, ni la conscience sociale. » (CORNIL).

On arrive donc à cette conclusion que le système actuel est un obstacle à une politique criminelle rationnelle et réaliste. « La criminalité ne doit pas être considérée du point de vue métaphysique, religieux, ou simplement moral. La criminalité est un fait biologique et social qui a ses lois, ses symptômes, son évolution, son diagnostic et ses traitements ». (BLACQUE-BELAIR et CEILLIER).

Il est une causalité interne, un déterminisme psychique qui fait que notre acte est vraiment nôtre, qu'il nous appartient à nous, exclusivement. C'est pourquoi, il serait plus rationnel de faire dépendre à la fois la culpabilité et la pénalité de la nature du caractère personnel.

La peine a en vue la liberté future, « germe de l'avenir moral du condamné », et doit viser celle-ci beaucoup plus que sa liberté passée, « celle qui l'aurait entraîné vers le crime ou la délinquance ». Il ne s'agit plus de proportionner la peine au mal matériel commis, il ne s'agit plus même seulement de la proportionner au degré de criminalité déployé au moment de l'acte; il s'agit avant tout de l'approprier à la nature de la « perversité » de l'agent, à sa virtualité criminelle, à sa potentialité de délinquance qu'il faut empêcher de se réaliser de nouveau en actes. On regarde le crime, le délit, comme un effet de causes individuelles, et l'individu comme responsable de son exécution. La respon-

sabilité et l'individualisation de la peine n'ont donc rien d'hétérogène.

Cette individualisation de la peine pour les délinquants anormaux psychique sera la clef de voûte de notre étude, et nous ne nous cacherons pas les difficultés théoriques qu'elle implique. En effet, le malheur est qu'individualiser la peine, c'est l'inégaliser pour des fautes égales, et il est bon de faire entrer en ligne de compte le sentiment d'injustice apparente que cette inégalité ne peut manquer de faire éprouver au condamné ou à un grand nombre d'entr'eux, et même à la masse ignorante du public. L'idée de justice ne se présente-t-elle pas tout d'abord à l'esprit sous la forme d'une égalité de traitement, notion élémentaire et populaire de l'équité ?

En conclusion de cette introduction, nous indiquerons le plan de nos propositions de « Défense Sociale » pour les délinquants anormaux psychiques.

Après un bref historique de la notion de peine et de celle d'individualisation de la peine, nous étudierons les réalisations déjà accomplies.

Nous verrons qu'actuellement, dans les prisons, se trouvent des délinquants anormaux dont la place n'est ni dans les pénitenciers, ni dans les hôpitaux psychiatriques.

Il faut les dépister, les observer; pour cela, il faut créer des annexes psychiatriques des prisons qui pourront aussi servir de Laboratoires d'Anthropologie Criminelle.

Il faut les traiter dans des Centres de Réadaptation pour pouvoir les « resocialiser », pratiquer leur réinsertion dans le réel quand ils ne seront plus dangereux.

Tout ceci ne peut s'accomplir sans la création de

Commissions médico-juridiques et d'Organismes de Surveillance Sociale.

Mais toute proposition serait incomplète si elle n'envisageait la Prophylaxie de la délinquance des anormaux.

Pour terminer, nous dirons quelques mots de la réalisation pratique et financière de ce que nous proposons pour bien montrer que cela est possible puisque d'autres pays y sont parvenus.

La question de l' « aliéné » délinquant ou du condamné reconnu « aliéné » se trouve réglée par la loi du 30 juin 1838 dont la révision est toujours en chantier, les projets succédant aux projets. Nous ne nous occuperons ici que des anormaux qui ne peuvent être considérés comme « aliénés », mais nous mentionnerons au passage comment s'intègre dans nos idées de Défense Sociale la question du « dément » de l'article 64 du Code Pénal.

De même, nous n'approfondirons pas le cas des mineurs anormaux; il existe déjà toute une législation relative aux mineurs délinquants et à l'« Education Surveillée ».

Historique

I. — LA NOTION DE PEINE ET D'IRRESPONSABILITE

Nous pouvons schématiser en différents stades l'évolution de la notion de peine.

Premier stade :

C'est le régime de la force: le droit du plus fort est « juste », et sa conséquence première est la vengeance, vengeance punitive, préventive ou prophylactique, vengeance disproportionnée pour éviter la contre-vengeance.

Puis, naît la notion de responsabilité collective et, à cause des inconvénients sociaux qu'entraînait cette vengeance, apparaît le Droit qui cristallise en formules connues les moyens de se venger. (ALLENDY).

Deuxième stade :

La vengeance est codifiée.

D'abord, sur le plan privé, la vengeance personnelle est codifiée par les coutumes approuvées par l'entourage, et l'on en trouve la survivance dans les « règlements de compte » de certains groupes en marge de la légalité.

Ensuite, le droit de vengeance est enlevé à l'offen-

sé: la Société s'en chargera. Ce droit va être systématique et plus particulièrement limité. Le Talion rétablit la proportion entre le crime et la sanction, puis un barème en établit le tarif: l'amende.

La responsabilité est encore tribale comme de nos jours les punitions collectives dans les écoles, les casernes, les prisons, ou en période de guerre. A ce stade, il n'y a pas d'irresponsabilité. Cependant, dans l'antiquité, certains peuples innocentent les « fous » parce qu'ils les imaginent sous l'influence d'un dieu.

Troisième stade :

La responsabilité devient individuelle et la notion d'irresponsabilité de l'aliéné commence à poindre.

La folie est considérée comme une peine suffisante. Un écrit de Marc-Aurèle et de Commode, au IIe siècle, ordonne de ne pas punir un aliéné criminel.

Au XVIIIe siècle, on juge en première instance sans tenir compte de l'état d'aliénation mentale. C'est le Parlement de Paris qui se réservait le droit d'exempter de punir le malade (sauf en cas de lèse-majesté ou de crime entraînant procès au cadavre). On en trouve persistance de nos jours dans certains crimes politiques.

En 1789, la Révolution supprime la responsabilité collective en matière pénale. La notion de volonté est introduite: la peine ne doit atteindre que l'auteur volontaire, seul l'acte volontaire est imputable en Droit.

Quatrième stade :

L'irresponsabilité de l'aliéné est proclamée.

La notion de volonté implique le concept de liberté, l'aliéné n'est pas libre et l'article 64 du Code Pénal de 1810 consacre la Médecine Légale.

La juridiction se base sur le libre arbitre, donc sur la responsabilité. Elle considère l'homme comme la cause première de la qualité morale de sa conduite, elle le rend donc responsable et, de ce fait, le considère

comme libre, mais elle admet qu'il existe des situations qui le privent de sa liberté.

Actuellement :

Deux théories s'opposent.

La théorie déterministe entraîne un changement complet en matière pénale avec l'école italienne de Lombroso, Ferri, Garofalo, inspirée de Stuart Mill et Spinoza: on ne punit plus le criminel, on l'élimine, on le soigne, et on prévient le crime par des mesures de prophylaxie. La peine n'est plus bilanisée avec le crime, elle est fonction de l'intimidabilité du criminel et de sa capacité de nuire. Comme conséquence, l'aliénation mentale est une circonstance aggravante et Garofalo demande la peine de mort pour le « criminel-né » de Lombroso et l'internement perpétuel pour l'aliéné criminel.

La théorie classique dit: « A liberté totale, responsabilité totale ». Il ne devra donc y avoir que des hommes libres et totalement responsables. Mais, rejoignant un peu la théorie déterministe sans en accepter la généralisation, la juridiction actuelle admet des degrés, des échelons, des hiérarchies dans la liberté et la responsabilité.

En effet, la notion d'homme complètement libre est un absolu. Existe-t-il vraiment? C'est douteux depuis que l'on connaît mieux, grâce aux études psychologiques modernes, les causes du comportement humain. Celui-ci est orienté par deux incidences: l'incidence psychologique inconsciente qui le détermine et l'incidence valorielle qui crée sa liberté. L'incidence déterministe, c'est le « sur-moi » des psychanalystes. Tous les hommes ont un « sur-moi », mais chez tous, ce « sur-moi » n'a pas la même importance, d'où des degrés différents de liberté. Ceci amène à la responsabilité atténuée que certains combattent, que d'autres trouvent utile.

La juridiction actuelle admet une liberté plus ou moins complète, donc une responsabilité plus ou moins totale. Ceci est consacré dans les questions posées habituellement à l'expertise psychiatrique:

1°) L'inculpé était-il en état de « démence », au sens de l'article 64 du Code Pénal, au moment des faits?

2°) Présente-t-il des anomalies mentales susceptibles d'atténuer sa responsabilité?

3°) Doit-il être interné?

A ce point de vue général, la notion de liberté plus ou moins complète pose la question de l'état de santé morale.

Tout acte psychique est motivé par des mobiles conscients et par des mobiles inconscients. Si les deuxièmes ne priment pas ou sont inhibés, c'est la liberté, la santé. Mais, entre santé et maladie, toutes les gammes existent. Est-ce dire que, puisque l'homme a toujours un sur-moi, il ne sera jamais complètement responsable? En théorie, oui; en pratique, non.

Il y a des états mineurs dans lesquels les motivations conscientes prédominent suffisamment pour entraîner la responsabilité; ces états, Odier les nomme « nervosisme ». Il y en a d'autres où se balancent les deux motivations, souvent au profit des motivations inconscientes, mais sans que soient totalement inhibées les motivations conscientes. Ce sont les psychonévroses où se trouvent des cas d'espèce entraînant la responsabilité atténuée ou l'irresponsabilité. Le troisième groupe comprend la prédominance des motivations inconscientes, il entre dans l'aliénation mentale entraînant l'irresponsabilité totale.

II. — LA NOTION D'INDIVIDUALISATION DE LA PEINE

Quelle que soit la conception théorique qui le sous-tend, le crime constitue une atteinte à l'idée que la

conscience populaire se fait du devoir social, une atteinte à l'ordre juridique établi.

La peine est la sanction de cette violation du Droit: elle se présente comme une réparation, comme une sorte de compensation, par la souffrance individuelle, du mal qui a été commis. Ne voyant que ce résultat de fait, cette matérialité du crime, la peine est la dette de ce mal causé. La loi distribuera les mois ou les années de prison, les travaux forcés, ou même la peine de mort, d'après la gravité matérielle du crime; et le Droit Pénal, dans cette conception, est une construction toute abstraite qui ne connaît que le crime et ignore les criminels. C'est un peu comme si la médecine disait: « Il n'y a que des maladies, il n'y a pas de malades ». Et que penserait-on du médecin qui soumettrait à la même médication tous les malades recourant à ses soins?

Or, la seule utilité que l'on puisse demander à la peine, c'est de faire du criminel un honnête homme si la chose est possible, ou sinon, de le mettre hors d'état de nuire.

A l'idée que la peine était un mal à subir pour le mal causé, on substitue l'idée que la peine est un moyen pour le bien, un instrument, soit de relèvement individuel, soit de préservation sociale. Elle était calquée et mesurée sur le fait accompli sans référence à ce qu'elle pouvait produire dans l'avenir: on ne voyait donc que le fait réalisé, on veut voir aujourd'hui le résultat à obtenir: la peine a un but social qui est projeté dans l'avenir. Le but de la peine n'est pas de frapper pour un fait passé comme s'il s'agissait de donner satisfaction à un sentiment de vengeance individuelle ou collective et peut-être même de sadisme inconscient, mais de promouvoir un résultat à venir.

La peine doit être appropriée à son but de façon à produire le maximum de rendement possible, et pour que ce but soit rempli il faut, cela va de soi, que cette peine soit adaptée à la nature de celui qu'elle va frapper: cette adaptation de la peine à l'individu, c'est ce

que l'on appelle l'individualisation de la peine, individualisation qui prend aujourd'hui un caractère scientifique.

Platon déjà, affirmait que le criminel était un malade et qu'il devait être guéri et éduqué quand cela était possible, expulsé du pays ou supprimé quand il était incurable. Au XIII[e] siècle, Saint-Thomas émet l'idée que la culpabilité varie avec les coupables; il est le premier à proclamer qu'il faut étudier la personnalité du prévenu avant de le juger et de le punir. Montaigne et Montesquieu professent des idées analogues. Mais, pour être applicables, ces notions devaient attendre la naissance de la psychiatrie et notre XX[e] siècle.

Ce mouvement de réforme est d'ailleurs contenu en puissance, sous quatre formes de mesures, dans notre Code Pénal de 1810 qui avait tenté de réaliser ce jugement individualisé et psychologique.

D'abord, les catégories de cas, c'est-à-dire les articles du Code, rappellent la psychologie par des formules abstraites : préméditation, imprudence, mobiles, buts, etc... Cette tentative du code d'amener la psychologie dans le jugement n'a finalement pour but que d'empêcher le juge de faire lui-même un jugement psychologique du cas donné. Elle conduit, non seulement, à des inexactitudes (peut-on vraiment prévoir tous les mobiles et en particulier les mobiles psychologiques d'un crime), mais à des conceptions pour le moins curieuses sinon absurdes (par exemple dans le code portugais, un meurtre est réputé prémédité si le dessein de tuer remonte à plus de 24 heures).

Ensuite, c'est le jury qui, le tout premier, a fait de l'individualisation de la peine, et il en fait encore tous les jours sans le savoir. La loi ne voit que le crime, le jury a en face de lui un homme dont il tient en mains la vie et l'honneur, comment peut-il rester indifférent? Cette adjonction d'un tribunal non-professionnel n'est que la réintroduction de la psychologie sous la forme d'un jugement basé sur les facultés compréhensives des

hommes supposés sains d'esprit. N'y a-t-il pas là, d'ailleurs, un fait unique dans les annales scientifiques, faire, en somme, corriger la sentence des spécialistes par des non-spécialistes.

D'après la loi Bérenger du 26 mars 1831, le prévenu coupable est condamné, mais le tribunal peut décider qu'il sera sursis à la peine. Si le sursitaire se conduit bien dans un délai de cinq ans, il sera réhabilité et la condamnation disparaîtra dans l'avenir, sinon la peine s'ajoute à une nouvelle condamnation. Malheureusement, pendant ce délai d'épreuve, le condamné est livré à lui-même et à toutes les tentations, sans aucune surveillance ni protection, et la rechute est fréquente sans qu'il soit plus coupable.

Puis, en 1832, après une première loi de réforme en 1824, le Code Pénal était obligé de permettre l'admission des circonstances atténuantes pour certains cas, pas pour tous, mais pour ceux qui provoquaient le plus d'acquittements et souvent d'acquittements scandaleux. En effet, les jurés, absorbés par la vision de l'individu, oubliaient le crime, notamment dans les crimes appelés actuellement « passionnels », contrairement à la loi qui exigeait la peine de mort ou une sanction trop dure à leur avis. Cela s'est produit sous l'Empire et sous la Restauration, pour ne citer que ces époques. Les circonstances atténuantes sont un procédé d'individualisation de la peine, mais d'individualisation mal faite et purement empirique, quelquefois un peu passionnelle comme les crimes auxquels elle s'applique.

En 1885, la loi sur la relégation des récidivistes, tout au moins de ceux considérés comme irréductibles, est une mesure d'élimination pour les incorrigibles, mesure aussi d'individualisation, mais sévère.

Enfin, la nécessité de l'expertise psychiatrique n'est que le besoin de recours à la psychologie scientifique.

*
* *

Dans cette évolution du sentiment de justice, le Droit arrive à la codification de la vengeance.

La responsabilité n'est plus fonction du délit, du crime, elle est fonction du criminel, de sa personnalité: elle devient individuelle.

Pour établir cette responsabilité, le diagnostic psychiatrique est indispensable au jugement: il forme la base de l'interprétation psychologique du cas.

III. — PRINCIPALES PROPOSITIONS ET REALISATIONS DE DEFENSE SOCIALE CONCERNANT LES ANORMAUX PSYCHIQUES DELINQUANTS. (Exposé chronologique)

Wahlberg, dès 1869, en même temps que, de Vienne, il lançait dans la circulation les mots d' « individualisation de la peine », établissait avec richesse de détails, tout le rapport indispensable entre la subjectivité psychologique de l'individu et la détermination de la peine.

Les propositions de ségrégation du délinquant pour un temps indéterminé ne sont pas nouvelles. Elles ont été formulées dès 1880 par Lombroso, Garofalo, Ferri et Rossi de l'école italienne. La peine n'étant plus une sanction, mais une sorte de traitement individuel, ne peut pas être fixée d'avance par une loi: c'est l'une des mesures de prévention à prendre contre la criminalité individuelle, mesure de guérison si elle est possible, mesure d'élimination définitive s'il n'y a aucune chance d'amendement. Tout se ramène par conséquent à des classifications de criminels et à des procédés d'individualisation. La notion de responsabilité se transforme, l'individualisation en découle.

En même temps, en 1880 aussi, en France, Gabriel Tarde réclamait l'individualisation de la peine, suivi plus tard par Saleilles en 1898, mais sans l'appliquer

spécialement aux anormaux spychiques. Cette électivité n'est pas mentionnée explicitement non plus dans notre loi de 1885 sur la relégation des récidivistes, ou tout au moins de ceux considérés comme tels, bien que, mesure d'élimination pour les incorrigibles, elle soit une loi de Défense Sociale au premier chef.

En avril 1906, le Congrès international de médecine de Lisbonne demande par la voix du docteur PACTET, son rapporteur, la création d'un service d'examen médico-psychologique des détenus.

A Paris, en 1911, le docteur GERENTE, sénateur, avec la collaboration du docteur Henri COLLIN, dépose le « Projet de loi Gerente », qui mentionne que:

— *Les condamnés aliénés seront dirigés sur des quartiers de sûreté jusqu'à guérison ou expiration de leur peine. Si la guérison survient avant cette expiration, ils peuvent, par jugement du tribunal et sur avis du médecin, être renvoyés en prison.*
— *Chaque année, une inspection par des médecins sera faite dans les prisons pour dépister les affections mentales.*
— *Les prévenus reconnus irresponsables sont internés après acquittement ou non-lieu.*
— *La construction ou l'aménagement de quartiers spéciaux devra être envisagé.*
— *Les aliénés auteurs d'un crime ou délit en cours d'internement seront conduits dans ces asiles spéciaux.*
— *L'internement peut être prolongé à l'expiration de la peine s'il n'y a pas guérison.*
— *Les sorties sont conditionnelles, avec surveillance. Il y aura réintégration si les conditions ne sont pas observées.*
— *Le médecin peut provoquer l'internement dans un asile ordinaire d'un malade devenu inoffensif et dont la place n'est plus dans l'Asile de Sûreté.*

En 1913, l'Angleterre promulgue le « Mental De-

ficiency Act », loi sur les anormaux délinquants, qui semble la plus en harmonie avec les idées actuelles.

— *Il exempte de châtiment et retire des prisons les arriérés intellectuels, amoraux et, d'une façon plus générale, tous ceux qui sont incapables d'une conduite sociale convenable sans l'assistance d'autrui.*
— *Ces sujets sont placés dans des institutions spéciales, distinctes des asiles, où ils reçoivent les soins et une rééducation appropriés à leurs besoins jusqu'à ce qu'ils soient considérés comme suffisamment améliorés pour être libérés conditionnellement.*
— *Il établit la création de quartiers d'observations psychiatriques et assure la présence permanente dans les prisons d'un ou plusieurs médecins spécialisés.*
— *Il crée et codifie la coopération des œuvres sociales et médicales avec les Cours de Justice.*

Puisque nous parlons de l'Angleterre, il est intéressant de noter que l' « Insane Offenders Bill » de 1800 correspond à l'article 64 de notre Code Pénal de 1810; que la loi de 1840 permet de transférer dans un asile un condamné présentant des signes d'aliénation mentale, et que la loi de 1884 concerne les aliénés criminels et les établissements qui leur sont destinés.

La Suède crée, en 1921, une clinique de psychiatrie juridique à Stockholm.

Dans le Massachusetts, tout criminel, tout récidiviste d'un délit, est automatiquement soumis à l'examen psychiatrique, en application d'une loi dont la conception est due à Vernon Briggs, de Boston, à la suite d'une série de mesures préconisées depuis 1921. Cette loi Briggs s'est étendue aux autres Etats américains.

En France, en 1926, la création de Laboratoires d'Anthropologie Criminelle, proposée par le professeur Balthazard, avait été admise par Pierre Laval lorsque celui-ci était Garde des Sceaux.

La Suède, continuant son élan de réformes, promulgue la « loi de Préservation » du 22 avril 1927:

— *Internement, dans des établissements spéciaux de « Préservation », des criminels dont la responsabilité est atténuée.*
— *Il faut que le criminel soit jugé inintimidable par les mesures pénales ordinaires, qu'il soit considéré comme dangereux pour la sécurité personnelle et matérielle d'autrui, que son crime justifie une condamnation minima dont la limite est abaissée pour les récidivistes.*
— *Une commission spéciale, composée du directeur de l'administration des prisons du Royaume et de quatre membres dont un médecin et un magistrat au moins, doit donner son avis.*
— *La durée de l'internement n'est pas limitée, elle est au minimum de deux ans, mais elle ne peut jamais être inférieure à la durée de la peine qu'aurait justifié le crime commis.*
— *La commission d'internement doit donner également son avis en ce qui concerne la sortie qui dépend uniquement de l'état d'amélioration de l'interné. Elle se réunit la première fois avant l'échéance de la période d'internement minima, ensuite, une fois par an. Elle peut décider soit la mise en liberté provisoire surveillée pour une période minima de trois ans renouvelables, soit la sortie définitive. La sortie provisoire devient définitive après six ans de bonne conduite.*

En Hollande, depuis le 1er novembre 1928, sont entrées en vigueur des lois instaurant un nouveau régime pénal et pénitentiaire applicable aux délinquants anormaux et aux débiles mentaux. Suivant le degré de l'anomalie mentale des délinquants et la gravité de leurs réactions antisociales, ce régime va des modalités habituelles de la loi répressive jusqu'aux mesures nouvelles de traitement et à la « mise à la disposition du

Gouvernement ». Cette dernière mesure donne au juge le pouvoir de mettre hors d'état de nuire pendant un temps de durée en fait indéterminée, les délinquants anormaux et dangereux.

Une autre loi suédoise, en 1929, rend obligatoire dans certains cas, l'examen mental des accusés, favorise la réadaptation sociale des détenus, et diminue les effets nuisibles de la vie en prison.

La loi de Défense Sociale belge fut adoptée à la majorité de 100 voix contre 3 à la Chambre des Représentants, le 9 avril 1930, et fut élaborée par le docteur Louis VERVAECK. Nous la détaillerons plus que les autres en essayant de schématiser le plus possible.

1°) **Les anormaux visés par la loi :**

Il s'agit toujours de prévenus, inculpés qui sont:

— *en état de démence, c'est-à-dire atteints de n'importe quelle maladie mentale: psychoses tout autant qu'états d'affaiblissement intellectuel progressif.*

— *en état grave de déséquilibre mental: déséquilibrés, hystériques et épileptiques, neurasthéniques à réactions psychiques. « C'est surtout pour ces déséquilibrés mentaux que la loi devait être faite », dit le docteur* VERVAECK.

— *débiles mentaux avec « gravité de l'infériorité intellectuelle et incapacité du contrôle de leurs actes ».*

2°) **Observation et traitement psychiatriques des inculpés:**

— *Création d'annexes psychiatriques dans les prisons: ces annexes sont un service d'hospitalisation pour les détenus aliénés ou suspectés d'affection mentale. Elles sont aménagées en vue de l'observation et du traitement de ces affections. Elles sont le lieu de constitution d'un dossier médical des plus complets qui est à la disposition des experts.*

— *Placement à l'annexe psychiatrique pour observa-*

tion « soit sur requête du Ministère Public, soit sur requête de l'inculpé ou de son conseil ». La durée d'observation est d'un mois, qui peut être renouvelable, mais ne doit pas excéder six mois.

— *Garanties données aux prévenus lors de cette observation: droit d'appel, de traitement, de constatation scientifique. Ce placement peut survenir à toutes les phases de la procédure et le conseil du prévenu peut demander le placement de ce dernier à l'annexe.*

— *Il existe en tout neuf annexes; la plus proche sera désignée pour le placement en observation.*

3°) **Conditions de l'internement pour anomalie mentale:**

— *L'internement est ordonné par la juridiction soit d'instruction, soit de jugement. Il se substitue à la peine mais il faut que l'anormal soit convaincu de crime ou délit.*

— *La durée de l'internement est de* 5, 10 *ou* 15 *ans suivant la gravité du délit. Il peut être prolongé si l'interné n'est pas guéri au bout de ces* 5, 10 *ou* 15 *ans. Mais la peine est aussi susceptible de réduction et les décisions susceptibles d'appel. La mise en liberté peut à tout moment être ordonnée et, chaque six mois, l'interné ou son conseil peut introduire une demande de sortie.*

— *Le lieu d'internement est choisi par la commission spéciale prévue par la loi. C'est une annexe psychiatrique.*

— *Comme directives d'aménagement, ces centres d'internement ne doivent pas laisser place aux possibilités d'évasion; ils doivent permettre aux internés de satisfaire leur besoin de travail manuel ou intellectuel. Différentes catégories doivent être établies, conformément à l'âge et à la condition sociale des internés. L'outillage thérapeutique doit être celui utilisé en psychiatrie, plus celui de médecine générale. On doit se préoccuper de la réadaptation des internés à la vie sociale.*

4°) **La Commission Spéciale :**

Elle se réunit dans un local voisin de l'annexe.

— *Composition: elle comprend trois membres:*
  — *un magistrat désigné par le Premier Président de la Cour d'Appel. Il est le président de la Commission et s'occupe de l'application de la loi de Défense Sociale;*
  — *un avocat choisi par le ministre de la Justice sur une liste de trois noms présentée par le Bâtonnier de l'Ordre. Il défend les intérêts personnels de l'inculpé;*
  — *le médecin de l'annexe psychiatrique qui donne son avis sur l'état mental de l'intéressé.*

  Un suppléant pour chacun de ces trois membres de la commission est nommé pour un an.

— *Débats et garanties prévues pour l'inculpé.*
Le huis-clos est assuré. Le prévenu est assisté de son Conseil. Le dossier est communiqué 48 heures avant les débats. La commission entend tous les avis susceptibles de l'éclairer sur le passé comme sur les possibilités d'avenir du prévenu.

— *Attributions de la Commission:*
Elle désigne l'établissement de placement, ordonne le transfert et prend les décisions de liberté conditionnelle ou définitive.

5°) **Mise en liberté :**

— *La sortie peut être donnée définitivement ou à titre d'essai, conditionnellement pendant un an où le libéré devra rester en contact avec les œuvres de réadaptation sociale et dispensaires d'hygiène mentale. La réintégration est alors immédiate s'il abuse de cette liberté conditionnelle ou s'il perd le contact avec les œuvres tutrices d'Assistance.*

6°) **Application de la loi aux condamnés :**

— *Si parmi les condamnés il se trouve des malades ou anormaux mentaux, ils bénéficient de la loi.*

7°) **Les récidivistes :**

Le récidiviste se définit comme ayant depuis 15 ans au moins, commis trois infractions qui ont entraîné un emprisonnement correctionnel d'au moins six mois. D'office, les récidivistes sont mis en observation à l'annexe psychiatrique.

Peu après, en France, le 11 juillet 1930, M. Blacque-Belair, député, déposait un projet de loi rédigé avec la collaboration du docteur André Ceillier. Ils prévoyaient le dépistage psychiatrique des prévenus par:

— *la création d'annexes psychiatriques dans les prisons, permettant l'examen scientifique des détenus suspects de troubles mentaux et leur observation continue;*
— *la création de Laboratoires d'Anthropologie Criminelle où seront examinés scientifiquement les condamnés en vue d'une modification éventuelle de notre système de répression pénale dans le sens de l'individualisation de la peine;*
— *la création de centres de triage ou maisons d'observation pour enfants vagabonds où seront recueillis et étudiés les mineurs dont l'intention délictueuse n'aura pas été suffisamment caractérisée.*

Peu après le dépôt du projet de la loi Blacque-Belair, M. Chéron, Garde des Sceaux, nomme une commission en lui fixant son plan de travail:

— *Réviser nos codes dans le sens de l'individualisation de la peine.*
— *Tenir compte de ce qui a été fait à l'étranger tout en demeurant dans la tradition française.*
— *Ne rien négliger des travaux accomplis chez nous depuis un siècle.*

Il est important de noter que pour la première fois, la question est officiellement posée en France, et M.

Matter, Procureur Général près la Cour de Cassation, président de cette commission, de remercier en ces termes: « La France, habituellement en tête du progrès social était en retard, vous avez compris Monsieur le Garde des Sceaux, qu'elle ne pouvait rester dans cet état de stagnation. »

Le Code Pénal italien du 19 octobre 1930, dans ses articles 206 à 213 et 215 à 235, de même que le projet français de révision du Code Pénal, dans son article 73, prévoient d'abord le prononcé et l'exécution d'une peine, puis l'internement dans un établissement spécial. Il apparaît assez illogique de traiter un individu à la fois comme normal et anormal. De plus, en pratique, l'exécution préalable d'une peine sous le régime de droit commun ne peut que retarder le traitement nécessaire sans ajouter grand'chose à l'effet d'intimidation qui peut être obtenu autrement.

Une autre loi suédoise, en 1934, établit la création des Archives Centrales de Criminologie, qui contiendront tous les rapports des examens mentaux effectués sur des accusés. Ces Archives seront ainsi des sources d'études criminologiques de grande valeur.

En 1935, le Danemark ouvre le pénitencier psychiatrique d'Herstedvester, près de Copenhague, qui est l'un des centres d'expérimentation les plus modernes en matière de rééducation des criminels anormaux. « Bien que coûteuse, déclare M. Ernest Rehben, cette expérience est cependant rentable puisqu'elle permet de rendre à la vie active un nombre important de détenus ».

La France, par le décret du 31 mai 1936, crée des services d'examen et d'observation psychiatriques dans les prisons de la Santé, de la Petite Roquette et de Fresnes. Ce décret de 1936 constitue le premier effort français d'application du droit positif dans le sens que nous indiquons.

Vers la même époque, M. Louis Rollin, député, dépose une proposition de loi française ayant pour objet

de prévenir des délits et des crimes par des mesures d'hygiène mentale et de prophylaxie criminelle:

— *Création dans chaque Cour d'Appel d'un service médico-psychiatrique chargé de l'hygiène mentale et de la prophylaxie criminelle.*
— *L'examen médico-psychiatrique est rendu obligatoire pour toute personne atteinte de tares physiologiques ou de désordres mentaux autres que ceux visés par la loi du 30 juin 1838 sur le régime des aliénés.*
— *Le Président du Tribunal, après information, peut, soit laisser l'intéressé en liberté sous contrôle médico-psychiatrique, soit prescrire son hospitalisation en vue d'un traitement approprié. Cette décision est susceptible d'appel.*
— *Les mêmes mesures sont applicables à l'égard des individus qui, à la suite de faits criminels ou délictueux, auront bénéficié soit d'un non-lieu, soit d'un acquittement, soit d'un sursis en raison de l'excuse d'irresponsabilité ou d'atténuation de responsabilité trouvée dans leurs tares physiologiques ou mentales.*

MM. Lisbonnes et Camboulives, sénateurs, déposent au Sénat, le 8 juin 1937, une proposition de loi française de Protection Sociale relative aux délinquants mentalement anormaux, rédigée avec la collaboration de M. G. Marty, professeur à la Faculté de Droit de Toulouse, et du docteur J. Ducoudray, médecin des Hôpitaux Psychiatriques.

— *Ce projet s'applique aux délinquants mentalement anormaux, mais n'englobe ni les aliénés ni les mineurs.*
— *L'observation psychiatrique des inculpés se fera dans les annexes psychiatriques des prisons. Elle peut être aussi bien appliquée aux prévenus qu'aux condamnés, mais ne pourra excéder six mois. Le*

local approprié possédera le matériel nécessaire pour expertise par n'importe quel expert et permettra le traitement éventuellement applicable à l'inculpé suspect d'anomalie mentale.

— *Le traitement des délinquants anormaux aura lieu dans des établissements de protection sociale. Le projet fixe les limites de la durée du placement dans ces établissements possédant chacun une gamme disciplinaire.*

— *Les juridictions sont les mêmes que celles compétentes en règle générale, la procédure et les voies de recours sont aussi les mêmes.*

— *La loi possède des organismes auxiliaires:*

  — *Les Commissions de Protection Sociale ne sont qu'organes d'exécution. Elles ne permettront la libération à l'essai qu'après un séjour égal à la moitié du placement imposé dans les établissements spéciaux.*

  — *Des dispensaires psychiatriques et des œuvres de patronage privées effectueront des examens périodiques et une surveillance sociale envers les libérés sous condition.*

— *Ces dispositions ne sont pas applicables aux infractions politiques.*

Le Code Pénal suisse du 21 décembre 1937 dans ses articles 12 à 17, poursuit les mêmes buts.

Toujours en Suède, en 1945, une loi tend à donner à l'interné le sentiment qu'il reste un citoyen possédant des droits:

— *L'interné sera traité avec respect pour sa dignité humaine.*

— *Si un individu est condamné aux travaux forcés ou à l'emprisonnemeni pour au moins six mois, il doit être soumis à un examen médical dont le résultat servira à déterminer le genre de traitement qu'il recevra.*

— *Les pénitenciers sont « fermés » ou « ouverts »,*

c'est-à-dire comprenant des colonies et cantonnements.

— *Le condamné aux travaux forcés subira trois mois de pénitencier fermé puis terminera sa peine dans le pénitencier ouvert.*

— *Celui condamné à l'emprisonnement sera envoyé directement en pénitencier ouvert.*

— *Le prisonnier doit travailler en commun avec d'autres prisonniers, mais dans les cas idoines, l'autorité compétente peut lui permettre de travailler chez un patron hors de l'établissement.*

— *L'interné peut correspondre avec ses proches et en recevoir des visites. Dans des cas spéciaux (maladie des proches par exemple), il peut avoir la permission de quitter le pénitencier pendant quelque temps.*

— *Le travail est rémunéré suivant l'assiduité et la capacité de l'intéressé qui peut disposer d'une part de son pécule, l'autre part étant réservée pour son entretien pendant les premiers temps de sa libération.*

Cette loi s'applique à tous les internés non déments, c'est-à-dire aux normaux et aux anormaux psychiques. Ces derniers ne sont ainsi pas envoyés dans un établissement spécialement créé pour eux et de ce fait ne sont pas traités au point de vue médico-psychothérapique.

*
* *

Nous voyons combien nous sommes en retard en ce qui concerne l'individualisation et l'indétermination de la peine applicables aux délinquants anormaux psychiques, quand on pense que le « Mental Deficiency Act » anglais date de 1913, que la loi de « Préservation » suédoise est appliquée depuis 1927 et que la loi de « Défense Sociale » belge de 1930 est toujours en vigueur.

Cela ne doit que nous encourager à réclamer avec

force un système de protection et réadaptation sociales en France. Et nous joignons notre voix à celle de M. Piprot d'Alleaume qui a organisé des commissions et sous-commissions pour l'étude d'un projet de loi.

Exposé positif de quelques motifs

Onze médecins psychiatres de formation différente ont dépisté bénévolement les anormaux psychiques, de façon régulière, à la Maison d'Arrêt de Toulouse. Ce dépistage a ensuite fait l'objet de la thèse de Hilde STERN: 1.000 détenus ont été examinés du 15 juin 1947 au 7 mars 1949, chaque examen durant de 30 à 40 minutes en moyenne. Voici les résultats obtenus:

— 14 ont été reconnus « aliénés », à interner en hôpital psychiatrique.
— 467 se sont révélés anormaux.
— Parmi ces derniers: 25 % environ étaient des débiles; plus de 50 % étaient des récidivistes.

Vers la même période, un dépistage des psychopathes (nous disons bien psychopathes, à la différence du dépistage de Toulouse qui visait les anormaux psychiques) a été effectué par examen systématique de tous les prévenus (tandis qu'à Toulouse, il s'agissait des détenus) entrés à la Maison d'Arrêt de Loos, par neuf médecins psychiatres, du 1er juillet 1947 au 30 juin 1948. Donc, pendant ces onze mois, sur 2.632 prévenus examinés, 168 relevaient de la psychiatrie, dont 30 étaient de véritables « aliénés » à interner d'urgence, et 138 s'étaient révélés comme anormaux psychiques graves aux actes anti-sociaux.

Enfin, tout le monde est unanime à déclarer que la prison n'arrive qu'à aggraver la « dangerosité » du plus grand nombre de ces délinquants psychiques. « La prison, écrit le Professeur BALTHAZAR, constitue un moyen de défense de la Société contre les méfaits des criminels, à condition qu'au moment où ceux-ci sont relâchés, ils se trouvent amendés, réadaptés à la vie sociale, reclassés dans la mesure du possible ». Que penserait-on, comme nous l'avons déjà dit, du médecin qui soumettrait à la même médication tous les malades recourant à ses soins? Il est aussi illogique de traiter de la même façon tous les condamnés, de faire dépendre le régime qui leur est imposé bien plus de la disposition des locaux pénitentiaires que du caractère et des aptitudes des prisonniers. « Elle s'ingénie, déclarent BLACQUE-BELAIR et CEILLIER, à les abrutir, à les contraindre à l'oisiveté ou à un travail inintéressant, à développer en eux les mauvais penchants et l'esprit de révolte ».

Au Congrès International de Criminologie de 1950, à la question: « La prison est-elle un facteur criminogène ? », la constatation des données suivantes a été établie:

1°) **Du point de vue physique :**

Les mauvaises conditions d'hygiène des locaux, les déficiences de l'alimentation, le développement de la tuberculose, sont difficilement évités sous le régime prisonnier, spécialement dans les prisons de type classique. Même dans les prisons de type moderne où ces inconvénients sont diminués ou quelquefois évités, le rythme général de la vie, la place trop importante réservée au sommeil et celle trop minime réservée à l'éducation (conditions de vie spécifiquement criminogènes en raison de leur influence sur la psychologie des détenus), retentissent parfois sur la condition physique des détenus.

2°) **Du point de vue psychologique :**

Il faut déplorer dans la plupart des prisons, mais surtout dans celles de type classique:

a) *La ségrétation sexuelle des détenus là où elle existe et ses conséquences (anxiété et perversions sexuelles, jalousie).*

b) *L'influence exercée par la privation de liberté elle-même sur l'état psychique et mental de certains détenus (dépression psychologique du début et parfois psychose carcérale transitoire, affaiblissement intellectuel et affaissement de la personnalité dans les longues peines, automatisme pernicieux et état d'anxiété lié à l'idée de la libération prochaine).*

c) *La contamination morale résultant d'une insuffisance de sélection dans le régime pénitentiaire.*

d) *L'influence réciproque de l'indigence culturelle de la plupart des détenus et de l'insuffisance de qualification et préparation professionnelle du personnel des prisons.*

3°) **Du point de vue social :**

Il convient de souligner:

a) *La désintégration familiale qui n'atteint pas seulement le détenu, mais, peut-être encore plus, les membres de sa famille.*

b) *La désocialisation progressive des détenus, résultant de leur isolement et particulièrement aggravée dans les longues peines d'emprisonnement.*

c) *Les difficultés de reclassement social découlant de l'attitude du public envers ceux qui ont subi une peine d'emprisonnement.*

4°) **L' « état dangereux »**

des délinquants est maintenu et souvent accentué par les courtes peines dont la nocivité n'a plus besoin d'être démontrée en l'état actuel de notre science pénitentiaire. Il est acquis qu'il n'est plus possible aujourd'hui de maintenir exclusivement

le système des courtes peines, alors que d'autres mesures, notamment des mesures de « cure libre », peuvent avantageusement les compléter.

Nous ne voudrions pas terminer ces quelques constations sans mentionner le problème de l'ordonnateur de l'expertise mentale. Seuls les magistrats peuvent l'ordonner, mais elle peut être sollicitée par l'inculpé lui-même ou son défenseur. Dans l'immense majorité des cas, elle est ordonnée par le Juge d'Instruction, beaucoup plus rarement par le Tribunal Correctionnel, la Chambre des Appels Correctionnels, la Cour d'Assises. La conscience professionnelle des juges n'est pas en cause, mais seule leur compétence en matière médicale et psychiatrique.

— Dans un certain nombre de cas, le simple bon sens suffit pour reconnaître si un inculpé doit être soumis à l'examen d'un psychiatre: les faits sont parfois tels qu'ils entraînent presque nécessairement une demande d'expertise. D'autres fois, les renseignements de l'enquête ou de l'entourage, l'attitude de l'inculpé, ses réponses, suffisent au juge pour l'ordonner.

— Il arrive que la défense sollicite l'examen mental sous des prétextes futiles: dires fantaisistes ou mensonges de l'inculpé, séjour aux colonies, grand oncle aliéné, etc... Parfois, l'avocat demande l'expertise sans la moindre cause médicale, en se basant, par exemple, sur l'opposition qu'il croit constater entre la prétendue honnêteté de son client et son acte délictueux.

— Beaucoup plus graves sont les cas où l'expertise n'est pas ordonnée bien qu'il s'agisse d'individus dont les tares mentales mériteraient l'irresponsabilité ou la « responsabilité atténuée ». Ces cas sont relativement fréquents et s'expliquent par plusieurs causes:

— En règle générale, la « folie » est une maladie qui s'ignore. Très souvent, le « dément », le débile, le déséquilibré ne se rendent pas compte de leur infériorité mentale ou de leur maladie et ne sollicitent aucun examen.

— Les états d' « aliénation », contrairement à l'opinion incompétente du public, sont rarement très apparents et bien souvent, rien ne distingue à première vue un « aliéné » d'un homme sain d'esprit. Très souvent, le premier symptôme d'une maladie mentale est un acte délictueux. Innombrables sont les individus considérés comme sains d'esprit jusqu'au jour où un vol absurde, une escroquerie, ont révélé qu'ils étaient atteints d'une paralysie générale au début.

— En dehors de toute « aliénation » proprement dite, il existe des maladies nerveuses et mentales, des syphilis du cerveau par exemple, qui non seulement échappent à la clairvoyance des magistrats, mais qui ne peuvent être reconnues que par des examens délicats, parfois même seulement par des examens de laboratoire.

— Et l'on arrive à cette conclusion que, malgré la bonne volonté et la conscience des magistrats, l'expertise mentale risque trop souvent d'être accordée ou refusée à tort.

Dans cette expertise criminelle, la plus fréquente, la plus délicate, la plus décisive de toutes, l'expert est une sorte d'arbitre technique, en réalité le seul compétent, et il est assez paradoxal qu'il soit choisi par celui qu'il doit éclairer. Ni le juge, ni l'avocat, ni le corps de surveillance, ni l'intéressé ne peuvent prétendre à cette tâche qui demande une technique, des connaissances et une formation bien spéciales qui n'appartiennent qu'à certains médecins spécialistes.

*
* *

Au lieu donc d'être répartis suivant les cas entre la prison et l' « asile », les délinquants anormaux psychiques devraient être internés pour une « durée indéterminée » dans des établissements spéciaux.

Les annexes psychiatriques et les Laboratoires d'anthropologie criminelle (A.P. et L.A.C.)

Les membres de la Commission d'études de Défense Sociale, transformée en « Société d'Etudes de Psychiatrie Sociale de la Région Toulousaine », qui, depuis 1947, ont organisé une consultation de dépistage systématique à la Maison d'Arrêt, ont, dans leurs réunions ou dans les séances de la Commission, consacré leur activité à l'étude d'un projet de loi de Défense Sociale et à la création d'une A.P. En fait, le fonctionnement de cette A.P. n'a pas encore commencé, bien que, par sa circulaire en date du 3 avril 1950, M. le Garde des Sceaux, Ministre de la Justice, ait retenu Toulouse comme une des trois Cours d'Appel où fonctionne une A.P. Nous nous inspirerons des travaux de la société toulousaine ainsi que de l'avant-projet de Défense Sociale de la sous-commission de Lille.

I. — LES ANNEXES PSYCHIATRIQUES DES MAISONS D'ARRET

Le but de l'A.P. est parfaitement précisé dans l'esprit de la circulaire ministérielle: c'est l'organisme régional destiné à l'observation des délinquants ou des

condamnés psychopathes et anormaux ou suspects d'anomalie mentale.

L'A.P. est le service où ces sujets sont observés, surveillés sous contrôle médical constant, où l'examen peut être pratiqué dans des conditions convenables, conditions qui se trouvent bien rarement réalisées dans l'état actuel. L'A.P. met à la disposition des médecins-experts désignés par le juge, les trois éléments qui lui permettent de remplir correctement sa mission: le milieu, le matériel, les renseignements.

Elle évite, dans tous les cas délicats où jusqu'à présent le placement pour observation dans un hôpital psychiatrique est demandé par le juge à l'autorité administrative, la lourde charge que représentent les frais de séjour, imputables sur les crédits de justice criminelle. L'administration pénitentiaire peut ainsi, aux moindres frais, recueillir un avis autorisé sur l'état mental des détenus.

Enfin, dans des cas d'urgence, des traitements de courte durée peuvent être pratiqués à l'A.P.

1°) **Définition de l'anormalité psychique :**

« Un individu, considéré indépendamment de son délit, est dit anormal quand son adaptation générale est insuffisante, c'est-à-dire non conforme à celle de ses semblables pour une époque, une race et un milieu donnés ». Les débiles peuvent être définis à part: déficients intellectuels, ils deviennent suggestibles, instables, pervertis. Un débile vrai est un retardé, « un enfant à discerner des adultes avec lesquels il est à tort confondu ».

Il va sans dire qu'il faut que cette anomalie soit grave au point d'avoir rendu, au moment des faits, le sujet incapable du contrôle de son action: sa responsabilité au point de vue pénal serait envisagée comme atténuée dans une très large mesure. Par là, nous englobons tous les déséquilibrés instables, impulsifs, carac-

tériels, ceux qui sont dans l'impossibilité de dominer leurs instincts, leurs tendances impérieuses au délit, ceux dont le pouvoir d'inhibition est imparfait et qui ont été comparés à des « aliénés intermittents ». Ceux qui ont été déréglés par des émotions, des passions, des excès de toxiques, en font aussi partie, de même que certains hystériques, psychasthéniques, monomanes sexuels, toxicomanes, alcooliques. Exceptionnellement, on rencontrera un déséquilibre affectif ou émotif au moment des faits, et qui aura supprimé le contrôle cérébral.

2°) **Conditions d'entrée à l'A. P.:**

a) Doivent être placés d'office à l'A.P.:

— les sujets qui ont été précédemment internés dans un « asile »;

— ceux qui ont déjà été placés en observation à l'A.P. pour un précédent délit;

— ceux qui ont fait une tentative de suicide, soit avant le délit, soit lors de la prévention, soit pendant leur condamnation;

— ceux qui ont présenté une crise convulsive;

— tous les récidivistes.

b) Autres conditions de placement:

— à la demande de tout médecin chargé d'une expertise mentale, le médecin de l'A.P. pouvant être désigné comme expert dans certaines conditions à définir, par exemple lors d'une expertise à trois;

— par intervention du juge d'instruction pour nécessités de son enquête (nous entendons par là: pour savoir si l'inculpé est « sain d'esprit »), ou à la demande de la défense;

— sur décision de l'administration pénitentiaire en raison d'idées de suicide manifestées par le détenu, impulsions ou troubles mentaux manifestes;

— aux fins d'observation par le médecin de l'A.P. lorsqu'il pratique le dépistage psychiatrique des détenus en prévention ou condamnés. Pour les pré-

venus, l'examen de dépistage sera pratiqué le premier jour de l'incarcération, chaque mois le premier trimestre, puis chaque trimestre ensuite. Pour les condamnés, cet examen aura lieu chaque semestre;

— enfin, le prévenu laissé en liberté pourra demander à la justice, son entrée à l'A.P. pour observation.

3°) **Séjour à l'A. P.:**

a) *Règlement général intérieur:*

— la durée d'observation sera fixée à un mois, qui peut être renouvelable une fois, deux dans des cas exceptionnels;

— le placement à l'A.P. est une simple mesure administrative transmise par le directeur de la Maison d'Arrêt; il ne préjuge en rien de l'état mental de l'intéressé qui conserve sa situation pénale;

— d'office, le juge d'instruction est prévenu le jour même de tout placement à l'.A.P. par un certificat médical immédiat. Un certificat de quinzaine lui indiquera si le placement est maintenu et le certificat mensuel mentionnera la sortie de l'A.P. ou la demande d'une prolongation d'observation. Ces certificats se bornent à signaler, en termes généraux, la raison médicale de l'observation à l'A.P.: tentative de suicide, crise nerveuse, suspicion de troubles mentaux, état d'agitation, impulsion semblant morbide, etc...

b) *Observation médicale:*

L'examen psychiatrique s'aidera des rapports du personnel sur l'attitude des personnes observées, des examens de laboratoire (analyse de sang, de liquide céphalo-rachidien, etc...), d'examens spécialisés (électro-encéphalogramme, métabolisme basal, etc...), de tests, de la narco-analyse, etc... Nous ne donnerons de détails que sur ces deux dernières méthodes car leur droit de cité est encore controversé.

I. — LES TESTS :

Ils nous seront d'une grande utilité pour extérioriser le phénomène psychique qui est inaccessible à l'observation directe. Nous emploierons donc des tests de personnalité, mais après connaissance du niveau mental de l'individu observé.

1) *Tests de niveau.*

a) Tests composites:

— Echelle de BINET-SIMON.

— Echelle de TERMAN (dérivée de la précédente): toutes deux nées des nécessités pratiques de la discrimination des débiles mentaux, elles représentent les premiers tests gradués en « âges mentaux ».

— Echelles de YERKES: Test du type BINET-SIMON, mais qui constitue des séries homogènes allant des niveaux inférieurs aux niveaux supérieurs.

— Profil de VERMEYLEN: cette batterie de tests, envisagée empiriquement est utile en psycho-pathologie, notamment pour la description des types psychologiques de débiles.

— Echelle d'intelligence de WECHSLER-BELLEVUE: elle est actuellement la plus couramment utilisée pour l'examen d'intelligence des sujets adultes.

— Test de vocabulaire de BINOIS et PICHOT: il consiste à trouver le synonyme d'un mot dans un groupe de six mots donnés.

b) Tests homogènes:

— Test du bateau de GLUECK: c'est en réalité un « puzzle » mais dont les découpures ne sont pas complexes.

— Labyrinthes de PORTEUS: échelle de 11 labyrinthes de difficultés croissante; le sujet doit les parcourir avec un crayon, sans jamais revenir en arrière.

PORTEUS le considère non seulement comme un test de développement, mais aussi comme un ex-

cellent test d' « adaptabilité sociale » qui proviendrait de la participation de facteurs non cognitifs dans la réussite de l'épreuve.

— Cubes de Kohs: Avec 16 cubes aux faces de couleurs différentes, le sujet doit reconstituer des dessins géométriques colorés, de difficulté graduée.

— Dessins de Goodenough: C'est une standardisation très élaborée du dessin spontané, pourvue d'une technique très précise d'étalonnage.

— Progressive Matrices 1938 de Penrose: Très utilisé pendant cette dernière guerre, il constituait le test d'intelligence générale dans l'armée britannique.

2) *Tests de personnalité:*

Nous ne citerons que les tests usuels permettant d'explorer les aspects non cognitifs de la personnalité.

a) Méthodes subjectives:

Ce groupe de tests est fondé sur une sorte d'autoanalyse de la personne intéressée, basée sur l'introspection et autocritique. Celle-ci s'appuie sur des questionnaires ou des schémas établis après de nombreuses études psychologiques et de nombreuses expériences préliminaires.

— Personal data sheet (P.D.S.) de Woodworth-Mathews: Cette « feuille de faits personnels » comprend la liste de 200 symptômes névrotiques compilés d'après la littérature psychiatrique. Pendant la première guerre mondiale, ce test a décelé parmi les soldats les sujets émotionnellement instables.

— Questionnaire dit « du caractère » de Heuyer: Il fut construit à partir de la liste du Woodworth-Mathews.

— Test X-O de Pressey: Publié en 1921, il permet de « mesurer et d'explorer les émotions ». Il est spécialement destiné à l'étude des « attitudes émotionnelles pathologiques ».

— Test de discrimination éthique de Kohs: Un des premiers (1922) et des plus célèbres, il permet de juger les normes morales et éthiques.

— Test « Tsedek » de Baruk: Test éthique plus récent et trop actualisé, il permet parfois un apport dans le diagnostic différentiel entre l'épilepsie, la perversité et la schizophrénie.

b) Méthodes objectives:

On ne demande pas d'auto-appréciation au sujet examiné, mais l'exécution d'un acte déterminé et dans la genèse duquel des facteurs affectifs jouent un rôle important.

— « Puzzles »: Il faut rassembler les parties d'un « puzzle » d'après des règles déterminées.

— Test de Szondi: ce test demande au sujet examiné de choisir dans 6 séries de 8 photographies les 2 personnages qui lui paraissent les plus sympathiques et les 2 plus antipathiques. Les photos sont celles de sujets atteints de troubles mentaux divers, ou encore, si nous adoptons la terminologie de Szondi, de « troubles pulsionnels différents ». Il nous donne souvent des renseignements très précieux, surtout lorsqu'on le répète plusieurs fois et que l'on calcule les « formules pulsionnelles ». Il nous donne une image de la structure des 8 « facteurs pulsionnels » précisés par Szondi. Il nous indique les symptômes manifestes d'un malade ou les traits essentiels du caractère d'un individu normal; les symptômes ou les traits de caractère « latents » et enfin, il nous montre les « facteurs de racine »; il nous dit dans quelle « classe pulsionnelle »il faut ranger un individu. Tout cela est très important pour le diagnostic.

c) Méthodes projectives:

Dans les méthodes de projection, le sujet examiné doit exécuter aussi une épreuve, mais on suppose qu'il « projette » dans la solution ses propres problèmes, attitudes, conflits, complexes, etc...

— Test de RORSCHACH: Il est couramment appliqué. L'interprétation de ses taches d'encre nous dévoile les côtés essentiels de la personnalité en mettant en évidence les facteurs formels et en les précisant davantage que le contenu de la vie psychique du sujet. Il est important aussi dans beaucoup de cas pour un diagnostic psychiatrique et il nous donne des indications précieuses sur les états limites entre la maladie au début et l'état normal: en un mot il aide au diagnostic précoce, le seul valable actuellement, car il se fait dans la période de« curabilité » de maladie mentale (schizophrénie par exemple qui, au début, est protéiforme et peut revêtir n'importe quel syndrome psychiatrique). Nous pouvons aussi tirer du test des conclusions sur la conception qu'a l'individu du monde en général; nous pouvons soupçonner l'existence de certains conflits et complexes, de préoccupations, de sentiment de peur, d'angoisse, de timidité, d'inquiétude, de sentiment de culpabilité, d'infériorité; mais le test ne précise pas le contenu des représentations et des pensées, l'histoire de la vie du sujet. De plus, certaines réponses permettent de supposer qu'il existe des complexes sexuels, mais ne nous renseignent pas sur leur nature.

— Test « mosaïque » de LŒWWENFELD: C'est la construction d'un dessin à l'aide de pièces géométriques colorées en matière plastique. Ces dessins peuvent être classés en normaux et anormaux, on envisage aussi l'interprétation de la couleur utilisée.

— Dessin: Ce test met en évidence les manifestations de certains aspects très généraux de la personnalité. Si on laisse dessiner l'individu librement, la nature du sujet choisi peut être révélatrice; si on lui impose un sujet déterminé, il reste toujours libre de la manière de l'exécuter. Le dessin permet à beaucoup de traits de la personnalité de s'ex-

primer: l'angoisse, le sentiment d'isolement, les préoccupations sexuelles, le sentiment d'insuffisance ou d'infériorité, le désir d'être aimé, le besoin de tendresse, la haine, l'agressivité, etc...

— Thematic Apperception Test (T.A.T.) de MURRAY: Ce test s'intéresse à l'affectivité du sujet et nous permet de déceler ses complexes, ses conflits, de mettre en lumière l'influence de certains événements sur son développement et son attitude en face des problèmes essentiels de la vie. La personne qui, partant des images, nous raconte une série d'histoires, projette dans celle-ci ses propres sentiments, ses désirs, ses angoisses, ses espoirs, etc... en général, sans se rendre compte elle-même de ce fait. MURRAY a comparé son test à une radioscopie: les rayons X projettent la morphologie normale et pathologique sur l'écran et nous permettent une observation directe; de même, les histoires racontées par le sujet représentent une projection de sa vie affective et de ses troubles (de ses complexes, conflits, préoccupations, etc...). Il permet aux tendances inconscientes, aux désirs refoulés, aux souvenirs et impressions oubliés de se manifester. Certains processus psychiques dont le sujet ne peut avoir conscience sont activés. Il n'est pas exceptionnel qu'on réussisse à reconstituer la vie de la personne examinée, d'après les 20 histoires du T.A.T., à définir sa situation psychique actuelle, les problèmes et les conflts qui la tourmentent, ou encore de dire quels sont ses désirs ou ses projets. De plus, les histoires sont un point de départ pour une analyse plus profonde; elles permettent de poser des questions à l'individu, de mettre au clair beaucoup de problèmes qui le tourmentent et d'associer le sujet au travail de l'examinateur. Le test prépare donc la psychothérapie, dans beaucoup de cas il est même déjà le début de la cure.

Il va sans dire que tous ces tests ne doivent pas être faits systématiquement à chaque sujet. L'examen clinique précise les deux ou trois tests les mieux appropriés au cas. De même, ces tests ne doivent pas être pris comme « parole d'évangile »: la médecine, et encore plus la psychiatrie, est « un art et une science » qui discerne les résultats qui sont acceptables avec le contexte clinique.

II. — LA NARCO-ANALYSE:

Le moi a deux moyens pour éliminer ce qui le gêne, la répression consciente et la répression inconsciente: le refoulement. Les barbituriques intraveineux employés (Penthotal, Nesdonal, Amytal...) peuvent favoriser l'extériorisation plus facile des sentiments refoulés inconsciemment et non de ceux qui sont réprimés consciemment. On conçoit combien est fausse l'opinion du public sur ce qu'il appelle à tort: « le sérum de vérité ». Il y a deux vérités: la vérité objective et la vérité psychologique. Les associations inconscientes libérées par la narco-analyse sont sans rapport de réalité objective, ce ne sont que des phrases de valeur psychologique symbolique qui ne peuvent intéresser que le médecin. Tel, sous narcose, dira qu'il a tué son père alors qu'il n'en est rien; « tuer son père » n'est que le symbole d'un complexe de culpabilité et ne peut avoir de sens que pour un psychiatre.

Ceci nous amène à mentionner la mise au point de M. le Professeur Planques dans son rapport à la Société d'Etudes de Psychiatrie Sociale de la région toulousaine:

a) Considérations préliminaires:

Les points suivants, résultant de l'expérience médicale pure, sont supposés acquis:

— *la narco-analyse est sans danger;*

— *sous son influence, le sujet ne dit, ni ce qu'il ca-*

che, ni tout ce qui se cache dans son inconscient, même sur l'objet de l'interrogatoire;

— *par contre, il est exposé à dire, en particulier sur l'objet de l'interrogatoire, des choses fausses ou imaginaires par l'effet de la suggestion ou pour toute autre raison;*

— *la narco-analyse médicale ne cherche pas tant à faire jaillir un fait précis qu'à dégager les tendances générales d'une personnalité, à préciser les conflits dont elle souffre éventuellement. Ces conflits sont souvent à côté de l'objet de la culpabilité ou même sans rapport avec elle;*

— *dans l'étude de la personnalité et de ses conflits, elle rend tous les jours aux médecins d'incontestables services.*

b) Rejet de la narco-analyse comme moyen de recherche de la culpabilité:

Tout le monde semble d'accord pour rejeter la narco-analyse en tant que procédé de recherche de la culpabilité. Elle est entachée des inconvénients aggravés de l'aveu en général et s'apparente à la torture.

Il est tout aussi indésirable qu'on l'emploie pour obtenir l'aveu d'un fait caché pouvant nuire à un tiers, car on ne se sert pas d'un homme comme d'un moyen.

On ne peut donc discuter de l'emploi de la narco-analyse que dans la recherche de la responsabilité ou de la simulation.

c) Légitimité de l'emploi de la narco-analyse dans la recherche de la responsabilité:

Dans le premier cas, le juge demande à l'expert (car pratiquement le degré de responsabilité se proportionne au degré de normalité au moment des faits reprochés):

1° *Le coupable est-il normal, ou anormal, ou aliéné?*

2° *Quelles sont les anomalies ou les variétés d'aliénation qu'il présente éventuellement?*

3° *Quelle explication psychologique peut-on fournir à son crime?*

Pour résoudre ces problèmes d'ordre strictement médical, il paraît normal que la justice bénéficie des progrès de la médecine en la matière, comme elle utilise la prise de sang, la ponction lombaire, etc...

d) Légitimité de l'emploi de la narco-analyse dans le dépistage de la simulation:

La question posée est la suivante: la « folie » dont l'inculpé donne des signes, est-elle simulée? L'inculpé présente l'apparence d'un aliéné; la justice, se demandant si c'est une simulation, pose en somme la question: y a-t-il fraude ou non?

Si la tentative de fraude est considérée comme un syndrome psychiatrique, il reste logique de lui appliquer, pour mieux l'étudier, une méthode d'investigation éprouvée. Si on considère la simulation comme une tentative faite pour tromper la justice, l'emploi de la narco-analyse pour faire éclater la vérité paraît a fortiori *justifié.*

Son emploi peut aboutir à imposer à l'expert la conviction qu'on soupçonne à tort de simulation et faire apparaître le fraudeur présumé comme un malade authentique.

Si les conditions nous paraissent larges, au point qu'on y puisse recourir au besoin dans tous les problèmes de responsabilité ou de soupçon de simulation de troubles mentaux, on ne peut l'employer sans en préciser rigoureusement les conditions d'emploi.

e) Les conditions d'emploi:

1° *On ne peut légitimement recourir à elle que quand les méthodes habituelles de l'examen psychiatrique mises en œuvre n'ont pas suffi à*

établir le diagnostic de l'expert (un diagnostic étant en cette matière essentiellement une conviction).

2° *L'expert ne peut l'effectuer, comme il ne peut faire une ponction lombaire, qu'avec l'autorisation du juge.*

3° *Il nous paraît également légitime d'obtenir l'autorisation de la défense.*

4° *Il faut, enfin, obtenir le consentement de l'intéressé, tout au moins le défaut d'opposition de ce dernier: il ne serait ni dans l'esprit médical, ni dans l'esprit juridique de le contraindre par la force. Le diagnostic psychiatrique devra, en ce cas, se passer de ce moyen en mentionnant ce refus. Nous proposons que l'expert signale en outre la valeur que ce refus peut avoir en fonction de l'état mental.*

5° *L'emploi du penthotal, comme d'ailleurs tout examen psychiatrique, dont il n'est qu'un moyen, doit être fait sans témoin.*

6° *Lorsque l'expert, possesseur du dossier, recueillera au cours de ses conversations un aveu refusé au juge, il ne nous paraît pas fondé à révéler cet aveu à ce dernier. Contrairement à ce qui a été avancé, l'expert peut fort bien répondre aux questions posées et établir son rapport sans trahir nécessairement le secret: car un acte particulier d'un individu n'est ni nécessaire, ni suffisant, pour définir sa personnalité. Remarquons que cette question se posait identiquement avant l'emploi de la narco-analyse.*

Les propositions qui précèdent sont fondées sur la conception particulière de l'expertise psychiatrique, qui diffère radicalement de l'expertise médico-légale ou de toute autre expertise en justice.

f) Position très spéciale de l'expert psychiatre:

1° *La nature de son mandat n'est pas l'étude d'un*

fait passé, mais l'étude d'un homme avec son passé, son présent, son avenir. Il s'agit essentiellement d'expliquer au juge les motifs de sa conduite et les particularités de l'état mental de cet homme, afin que le juge puisse le mieux comprendre. Par là, l'expert psychiatre a, entre deux hommes que tout oppose, une fonction arbitrale qui est très spéciale à sa mission.

2° *Pour la remplir, il est investi par le juge d'une confiance toute particulière: tandis que le juge assiste à toutes les expertises médico-légales, il se défend d'assister à l'expertise psychiatrique. Pourquoi cette discrétion que la loi n'impose pas?*

3° *Parce que la confiance entre l'inculpé et l'expert est une condition du rendement et de l'efficacité de l'expertise, et que la confiance ne peut naître sans un colloque secret, intime et sans témoin entre deux hommes. Une autre raison exclut la présence du juge: l'inculpé n'est pas nécessairement un coupable. S'il est reconnu non coupable, n'est-il pas en droit de se plaindre que le juge ait connu, sans nécessité, jusqu'à ses pensées les plus intimes?*

Trahir un secret confié par l'inculpé serait ruiner cette confiance, après en avoir fait abus, car l'inculpé ne peut se défendre de voir dans l'expert psychiatre, un médecin.

Ceci revient à dire que, si l'expert en général est au service strict de la justice, s'il est réellement l'œil et l'oreille du juge d'instruction, la mission de l'expert psychiatre est d'une autre nature, et, en lui, l'humanisme médical doit même primer quelquefois les exigences de la justice.

c) *Problème du traitement à l'A.P.:*

Ce n'est que dans les cas d'urgence qu'un traitement de courte durée peut être pratiqué à l'A.P.: par

exemple, la sismothérapie lors d'une confusion mentale ou d'une mélancolie avec tentative de suicide.

4°) **Conditions de sortie de l'A. P.:**

Sur la proposition du médecin-chef de l'A.P., elle est toujours décidée par la direction de la Maison d'Arrêt qui transmet « l'avis d'exécution » au juge d'instruction.

a) Si l'intéressé est reconnu normal:

— le prévenu libre est mis en liberté et son affaire suit son cours;

— le détenu en prévention réintègre sa cellule et son affaire suit aussi son cours;

— le détenu condamné réintègre de même sa cellule pour purger sa peine.

b) Si l'intéressé est reconnu anormal:

— Le médecin, chef de l'A.P., donne avis à l'administration pénitentiaire de proposer au juge d'instruction d'ordonner une expertise.

A la suite de celle-ci, si l'anormalité est confirmée, le juge saisira la Commission médico-juridique en vue de statuer sur les conditions d'exécution d'un placement dans un établissement de réadaptation sociale.

5°) **Rôle du Médecin-Chef de l'A. P.:**

Ses prérogatives doivent être les mêmes que celles d'un médecin-chef de service d'hôpital psychiatrique, pour lui permettre de remplir ses fonctions essentiellement médicales.

Il participe au dépistage systématique, donne son avis pour les entrées et les sorties dans les conditions ci-dessus. En aucun cas, le médecin de l'A.P. ne doit formuler d'opinion au sujet des conclusions à déduire, au point de vue pénal, de l'observation mentale d'un prévenu, à moins qu'il ne soit désigné comme médecin-expert. Il ne pourra

être d'ailleurs désigné comme expert que lors d'une expertise à deux ou à trois, mais jamais comme seul expert.

Les observations recueillies par lui-même ou dans son service sont strictement médicales. Elles ne peuvent être communiquées ni à l'administration pénitentiaire, ni aux magistrats (Parquet ou juge d'instruction).

Vis-à-vis des médecins-experts, le médecin-chef de l'A.P. est dans la même situation que le médecin-chef d'un hôpital psychiatrique.

Il s'occupera du Laboratoire d'Anthropologie Criminelle, accouplé à l'A.P.

Il devra adresser périodiquement un rapport à M. le Garde des Sceaux sur le fonctionnement de l'A.P.

6°) **Organisation matérielle :**

a) *Locaux:*

L'A.P. doit comprendre 10 lits par 100 détenus; ce nombre doit être calculé d'après la population maxima de la Maison d'Arrêt. Les locaux doivent comprendre:

- le cabinet du médecin;
- le cabinet du secrétariat;
- le cabinet des assistantes sociales;
- une salle de garde pour les internes;
- un local pour la pharmacie;
- des pièces de surveillance pour les infirmiers;
- les pièces destinées au L.A.C.

Ces locaux doivent être assez isolés du reste de la prison.

b) *Personnel:*

Pour une population pénitentiaire de 500 personnes, il devra comprendre:

- 1 médecin-chef de l'A.P.;

— 2 ou 3 internes, ou plus;
— 1 psychotechnicien;
— 1 assistante sociale, 2 stagiaires ou plus;
— 1 infirmier ou infirmière-chef.

La surveillance sera assurée par le personnel de la Maison d'Arrêt qui aura fait un stage préalable dans un hôpital psychiatrique.

c) *Matériel médical:*

Le matériel classique d'examens médical et neurologique sera nécessaire, ainsi qu'un petit matériel de laboratoire. Les examens nécessitant des appareils spécialisés pourront être pratiqués dans les services de la Faculté et du Centre Régional Hospitalier.

II. — LES LABORATOIRES D'ANTHROPOLOGIE CRIMINELLE (L.A.C.)

Le fonctionnement des L.A.C. est des plus faciles à concevoir.

Le médecin de l'A.P., avec l'aide d'un surveillant ou d'un employé ayant appris les notions élémentaires de mensuration anthropologique, et un secrétaire qui pourrait être, à la rigueur, un détenu de confiance, constitueraient le personnel suffisant.

Les locaux du L.A.C. (une pièce de mensuration et une pièce d'archives) doivent être attenants à ceux de l'A.P.

La mission du L.A.C. pourrait être ainsi limitée à l'établissement d'un dossier anthropologique standardisé, pour tous les individus condamnés. De plus, il constituerait une sorte d' « archives » de l'A.P.

Ainsi compris, les L.A.C. seraient à peu de frais le seul moyen rationnel et scientifique de réunir une abondante documentation technique, qui permettrait d'améliorer notre système de Défense Sociale et de lut-

ter plus efficacement et plus scientifiquement contre la délinquance.

Pour parfaire ce but, il conviendrait aussi de créer à Paris un Institut de Criminologie, organisme d'études où l'on enverrait toutes les observations, c'est-à-dire le résumé standardisé des dossiers médicaux des délinquants anormaux psychiques observés à l'A.P. (pour sauvegarder le secret médical, le nom de l'intéressé devra être remplacé par un numéro d'ordre). Le double de cette fiche suivrait d'ailleurs le délinquant anormal au Centre de Réadaptation.

En effet, l'anthropologie criminelle n'est pas seulement un chapitre de psychiatrie ou de sociologie, elle est, comme le dit le docteur VERVAECK, une science complexe empruntant, comme la médecine et la philosophie, ses méthodes d'examen et de traitement à toutes les sciences positives. Les mêmes causes morbides aboutissent suivant les circonstances et les individus à la maladie, à la « démence », à la névropathie, au vagabondage, à la prostitution, à la criminalité.

Centres de réadaptation sociale

Au premier contact, la plupart des délinquants sont déconcertants par la violence de leur besoin de justice qui, à moins qu'on ne l'étudie, fait penser à l'existence d'un sens moral authentique. Il s'agit d'une attitude sans nuance, purement revendicatrice et agressive, justifiant leur comportement. Il ne s'agit pas d'excuses, de mauvais prétextes, ni de rationalisation, mais d'un état réellement vécu avec lequel ils sont identifiés, et cette attitude résume leur personnalité avec l'ensemble des facteurs qui l'ont élaborée.

Il n'existe aucun élément dans leur psychisme, qui serait susceptible d'utiliser cette réaction en vue de sauvegarder d'autres valeurs.

Nous constatons ainsi l'existence d'individus:

— Pour qui le nombre d'événements qu'ils considèrent comme injustes est plus grand que chez les autres, et qui expriment par là l'absence d'effort de compensation.
— Pour qui la réaction est beaucoup plus longue, ou plus violente, ou plus fréquente que chez les autres.
— Qui ne demandent au milieu où ils vivent que l'ombre d'une justification à leur acte considéré comme représaille, et qui tendent ainsi, soit à transformer leur milieu, soit à en choisir un, approprié à leur évolution.

— Dont l'évolution se fait dans le sens aggravation plutôt que dans le sens compensation, qui est celui que proposent la morale et l'hygiène mentale.
— Dont un bon nombre d'actes relèvent d'attitudes criminogènes, sans être des délits ou des crimes, mais expriment cette criminogénèse.

Par l'acte criminel, l'individu s'isole ou s'exclut du groupe; réciproquement, le groupe peut exclure ou isoler l'individu, voire le supprimer. En même temps, virtuellement ou en fait, le criminel s'intègre à un autre groupe, dans lequel sa conduite n'est plus considérée comme criminelle, par exemple au groupe criminel. Ce groupe est également détenteur d'un système de valeurs et de normes: le criminel y est soumis aux contraintes corrélatives à son statut et à son rôle (l'honnêteté, par exemple, est une qualité recherchée chez les voleurs professionnels). Ces groupes se trouvent, vis-à-vis des organisations sociales et des groupes non-criminels, dans des rapports définis au point de vue psychologique et sociologique.

1°) **Rôle du Centre de Réadaptation :**

Les méthodes de la psychiatrie, de la psychologie et de la psychanalyse paraissent s'être influencées réciproquement sans se confondre, mais tendent à se rapprocher: psychiatrie dépassant l'aliénation pour s'intéresser à l'anomalie, psychologie devenue clinique, psychanalyse renonçant à sa thérapeutique rigide pour s'assouplir aux besoins du criminel.

Ces trois disciplines tendent par des voies diverses à préconiser « la rééducation » du criminel: rééducation s'adressant à l'intelligence (avec sa forme préventive, la lutte contre l'analphabétisme), rééducation affective (diminuant la culpabilité, compensant les frustrations), rééducation sociale (réintégration d'un groupe dans lequel les identifications nouvelles soient possibles, réapprentissage, acquisition d'un métier).

La rééducation peut s'adresser:

— à une aptitude non développée par suite de défaut d'instruction (causes affectives, erreurs pédagogiques, influence d'un milieu familial, etc...);

— à une aptitude déviée; c'est alors, plus ou moins marquée, la soi-disant perversion qui, dans certains cas, peut être due aux mêmes causes que ci-dessus, mais agissant plus précocement. Ici intervient le rôle joué par l'agressivité.

Nous pouvons définir le criminel comme l'homme qui transgresse les « interdits » et ainsi se trouve « désengagé » et exclu du groupe; cependant, il en cherche et souvent en trouve ou en crée un autre auquel il s'intègre. Cette manière relativiste de voir les choses par rapport au groupe a l'avantage de faire comprendre quel est le véritable mécanisme de la rééducation (qu'on peut appeler traitement du criminel) et d'attirer l'attention sur le fait que le succès d'une telle entreprise, même s'il dépend d'abord d'un thérapeute, ne peut être complet que par l'action d'un milieu social (importance du personnel, thérapie de groupe, compréhension du public).

Le champ très vaste ouvert à la recherche peut se situer:

— pour chaque criminel en particulier, et chaque fois que cela sera possible, dans une investigation très poussée des processus criminogènes. L'investigation psychanalytique, si longue qu'elle soit, doit devenir possible pour la rechercher;

— dans l'établissement de mesures pédagogiques et de propagande (presse, radio) destinées à détruire « la magie » du crime, magie dont le prestige sollicite aussi bien le sadisme que le masochisme des individus désadaptés et dont il faudrait démontrer les mécanismes près du grand public.

Dans le domaine pratique, la constitution d'équipes médico-psycho-pédagogiques peut assurer la rééducation des criminels qui, chaque fois que l'expérience

a été tentée, s'est avérée non pas certaine, mais possible, comparable en cela à la guérison de certaines maladies.

Le diagnostic doit déterminer si la rééducation est possible (aptitudes absorbées congénitalement ou à la suite de maladies acquises, attitudes affectives irréversibles). Ce diagnostic très délicat devrait également mettre en lumière les moyens à employer pour la rééducation.

De toute façon, au lieu d'inculquer à l'interné le sentiment qu'il est un homme sans valeur et sans droits, un être réprouvé et expulsé de la communauté de ses semblables (comme le fait la loi actuelle), il faut lui garder sa dignité humaine et son espoir en l'avenir, tous deux impondérables indispensables à sa réadaptation sociale.

2°) **Méthodes d'investigation :**

Ce doit être une méthode qui ressemble plutôt à une conversation avec échange de sympathies: l'important est de faire sentir au malade que, pour la première fois peut-être dans sa vie, quelqu'un s'intéresse à lui, de lui donner un sentiment de sécurité.

Ce qu'il faut, c'est déraciner le criminel et lui offrir une autre philosophie, en combinant les mesures d'intimidation et les méthodes constructives, mais en aucune façon ne sous-estimer les premières.

La mise en confiance doit se faire, dès l'arrivée, par la possibilitée donnée au « malade » de choisir un autre nom pour la durée de son placement, comme il est fait lors d'engagement dans la Légion Etrangère. Son passé est inconnu du groupe dans lequel il va vivre: ni ses futurs camarades ni le personnel subalterne ne pourront parler des faits qui lui sont reprochés et dont ils ont forcément connaissance. De plus, c'est un « cadeau » dès l'entrée, un lien avec le thérapeute qui con-

naît la véritable identité, et une occasion séduisante pour « faire peau neuve ».

Comme au Centre pour enfants de Mool, en Belgique, il semble bon que l'intéressé soit reçu par le « concierge », qui n'est en réalité qu'un collaborateur avisé et dévoué et qui entame avec lui une conversation amicale. Pendant les deux ou trois premiers jours, il est en marge de la vie sociale de l'établissement qui se déroule devant ses yeux. Pour la journée, on l'installe dans une sorte de bibliothèque où il a à sa disposition des catalogues: il peut choisir les livres qui lui plaisent, il peut écrire et déposer sa correspondance dans une boîte aux lettres située dans un endroit bien en vue. Il est ainsi complètement livré à lui-même et cela afin d'obtenir une détente, et partant, une confiance chez un être révolté à l'avance contre la séquestration qu'il attendait. Pendant ce temps, sans qu'il s'en aperçoive, on l'observe, ses réactions expriment beaucoup plus ses tendances profondes que ne le feraient maints questionnaires.

Une fois intégré dans la vie du centre, l'analyse et la récolte des données de l'investigation se précisent par l'emploi, comme le dit LAGACHE, de différentes méthodes tendant à approfondir les renseignements fournis par l'observation dans l'Annexe Psychiatrique:

— *Techniques historiques:*

Les techniques testimoniales consistent à recueillir auprès de tiers des renseignements relatifs à l'intéressé et à son entourage, à sa situation, à sa délinquance. Les techniques documentaires utilisent des produits de l'activité du sujet: travaux scolaires, manuels, artistiques, littéraires, journaux intimes, etc...

— *L'observation continue et directe:*

Elle permettra la notation des événements significatifs. Des procédés ingénieux doivent tendre à déclen-

cher les réactions révélatrices; par exemple, la maison doit posséder une boutique où chacun peut faire des achats avec l'argent gagné dans l'établissement, car tout travail productif doit y être payé. L'achat de cartes postales n'a pas la même signification que celui de bonbons, de même celui d'un peigne ou de boutons, etc...

— *L'examen clinique proprement dit:*

Il est le moment capital d'une observation qui ne doit jamais cesser d'être « clinique ».

— *Techniques expérimentales:*

Ce sont principalement les tests dans leur double emploi:

— strictement psychométrique pour la détermination des aptitudes,

— et clinique qui, reposant sur l'observation du comportement du sujet, renseigne davantage sur son caractère et fournit la détermination des attitudes caractérielles.

— *Techniques psychanalytiques:*

Elles tendent à la provocation et la récolte de productions imaginatives libres; par libres association d'idées, interprétation des rêves, tests d'association de mots, interprétation des taches d'encre de ROSCHACH, interprétation imaginative d'images (T.A.T.), jeu, dessin, peinture, rédaction. Tous ces procédés réclament une interprétation serrée, à la fois pénétrante, audacieuse même et cependant exigeante quant à l'administration de la preuve. C'est dire qu'ils ne peuvent être employés que par un psychologue à la fois doué et averti. Ils permettent de détecter les « contenus » de la personnalité, les images, les tendances, les sentiments qui se sont développés au cours de l'expérience individuelle et en même temps, l'attitude du sujet par rapport à ses « contenus ». Les réponses constituent une révélation objective d'attitudes cachées ou non reconnues.

— *Données parascientifiques:*

La graphologie, la morpho-psychologie, peuvent fournir des indications ou des recoupements.

La synthèse de ces données permet leur intégration, la connaissance de la criminogénèse de l'individu.

— *La réaction:*

C'est la délinquance telle qu'elle est: réactions éthiques, sentiment de culpabilité, jugement moral conventionnel, attitude minimisante, réaction d'innocence et sentiment d'injustice subie.

— *La situation:*

L'ensemble des circonstances et des conditions de milieu (entourages familial, scolaire, professionnel), constitue le complexe psycho-social de la délinquance. Il importe de très bien démêler le sens et la structure du « monde personnel » du délinquant, car c'est précisément la situation, non pas peut-être telle qu'elle est objectivement, mais telle qu'elle est vécue, qui conditionne la délinquance.

— *Le terrain:*

C'est la personne du délinquant. Sa psychologie comporte une double étude: l'une dans le passé (hérédité, constitution, antécédents biologiques et biographiques), l'autre dans le présent: l'état physique; les aptitudes, en particulier intellectuelles et manuelles; les attitudes, ce qui correspond au concept courant de caractère. C'est dans ce domaine de l'étude de la personne qu'il est le plus difficile de dominer les faits et d'opérer une synthèse.

— *La génèse de la délinquance:*

Muni des données relatives à la personne, à la situation et à la réaction, il faut déterminer:

— Les facteurs négatifs de la délinquance:

L'insuffisance habituelle ou épisodique du freinage conditionne par suite la libération des

instances criminogènes: absence d'éducation ou éducation positivement mauvaise, suggestion de l'entourage, démoralisation par le sentiment d'injustice subie, etc...

— Les facteurs positifs de la délinquance:

Le système de motifs formulés et de mobiles implicites donnent sa signification propre à la délinquance: recherche du plaisir, de l'aventure, besoin de libération, de vengeance, de réparation, de prestige, etc...

— *Le pronostic de la délinquance:*

Etant donné les aptitudes et le caractère du sujet, étant donné son entourage, qu'est-on en droit d'attendre de lui? Qu'elle est sa capacité d'évolution, sa sensibilité à une influence personnelle? Quel est le degré d' « éducabilité »? La persistance de l'opposition et de la révolte est-elle profondément ancrée?

Il faut commencer par établir le traitement idéal, sans tenir compte des contingences, aussi adapté que possible aux particularités du cas. Ensuite, on accommodera ce traitement aux moyens de réalisation dont on dispose effectivement.

3°) **Rééducation :**

La rééducation doit tendre à la réadaptation du sujet, à sa réinsertion dans le réel, à sa « resocialisation » progressive par l'emploi, à la base, de toutes les psychothérapies collectives, notamment travail, culture physique, jeux.

— *Travail:*

Les différents services fonctionnant dans le Centre peuvent être utilisés: menuiserie, forge, serrurerie, cordonnerie, buchère, garage, lingerie, ouvroir, cuisine, maçonnerie, plâtrerie, magasin, tailleur, électricité,

peintre, vitrier. Des ateliers à caractère facultativement utilitaire de vannerie, menuiserie, peinture, dessin, imprimerie, etc..., doivent être créés: ils sont appelés à jouer un rôle important.

Ils doivent répondre à plusieurs buts, comme le mentionne CÉRÉMONIE:

— rendre possible l'observation du sujet dans son comportement au travail;
— contrôler et vérifier ses déclarations quand à son degré d'instruction professionnelle;
— collaborer à son orientation professionnelle par la détection des aptitudes possibles, par la mise en contact avec le matériau d'œuvre; éprouver la solidité du choix d'un métier à la faveur des premiers efforts à fournir;
— constituer une occupation intelligente pour ceux dont les goûts ou le métier exercé ne correspondent en aucune façon au genre de travail pratiqué dans l'atelier, par exemple coiffeur, cuisinier, commis de magasin, employé de bureau.

Comment atteindre ces buts si différents les uns des autres et cependant impérieux dans un Centre?

— en créant l'ambiance par un atelier clair, bien ordonné, enjolivé si possible par des fresques ou des allégories heureuses, par des travaux particulièrement réussis dans la profession;
— par une discipline souple et bienveillante où ne s'excluent ni la fermeté ni la recherche de l'effort;
— en évitant la contrainte, la discipline lourde, car le sujet a déjà tendance à considérer sa situation comme désespérée et peut se livrer à des réactions extrêmes ou se replier sur lui-même et ne plus s'extérioriser;
— en faisant de l'orientation professionnelle et en permettant de suivre dans le Centre la progression de l'apprentissage par l'exécution d'exercices normalisés d'enseignement professionnel;
— en constituant une occupation intelligente, du

moins prenante, pour ceux que leurs goûts ou leurs aptitudes éloignent de la matière traitée.

Les conditions de succès dépendent d'abord d'un personnel expérimenté dans son métier de base, possesseur d'une certaine culture et sachant « toucher un peu à tout », portant aux anormaux un intérêt de tous les jours, non seulement en parole, mais par les actes; ensuite, d'un matériel au point et suffisant, en améliorant sans cesse la technique employée.

L'initiation aux travaux agricoles donnera plus de satisfaction pour certains, et notamment la spécialisation dans la conduite des machines mécaniques.

Tout travail productif, d'ailleurs, mérite salaire. Un quart de celui-ci doit être mis à la disposition de l'intéressé pour ses menus achats à la cantine, les trois autres quarts étant versés en son nom à la recette de l'établissement pour constituer une « masse » de sortie qui lui sera remise lors de sa libération (sous contrôle de l'œuvre qui aura accepté sa tutelle sociale et morale).

— *Culture physique:*

Elle permettra une meilleure tenue, et la régulation de la motricité. Elle donnera le sentiment de l'effort et de l'émulation, tout en amenant une diversion par les jeux: volley, basket, courses, etc...

— *Le jeu:*

Il sert d'exécutoire aux tendances profondes chez l'enfant comme chez l'adulte, tendances qui, en dehors du jeu, sont refoulées, réprimées. Il fixe l'attention, divertit et stimule contre la fatigue. L'activité ludique est presque toujours génératrice d'euphorie, de joie, de bonne humeur.

Le jeu dramatique a une grosse importance. L'art dramatique (le drame englobe aussi bien le genre comique que le genre tragique) dit CHANCEREL, est la fonction d'inventer et de représenter des fictions, de

construire et de faire agir des personnages: transposition poétique, interprétation (et non reproduction) des réalités quotidiennes à des fins supérieures et désintéressées de divertissement et, s'il le peut, d'amélioration personnelle et collective dans le cadre de la vie sociale. Il sollicite:

— l'intelligence pour comprendre le texte, saisir les nuances et permettre d'assimiler complètement le personnage;
— la mémoire pour retenir le rôle, grâce aux souvenirs évoqués pour construire le personnage: dans ce travail, elle a marché de pair avec l'observation et l'imagination;
— la patience, la persévérance et la bonne volonté, sinon la volonté, qui ont aidé les autres facultés et parachevé l'œuvre;
— de plus, l'amour-propre qu'il suscite chez le désinvolte et le désabusé, la tolérance obligatoire vis-à-vis des camarades moins doués et plus besogneux, la solidarité qu'il crée parmi tous les membres de la troupe, et la discipline librement consentie.

L'individu s'y épanouit et s'extériorise complètement, et ainsi le théâtre nous montrant le défaut de la cuirasse du libre fonctionnement des tendances de l'individu, nous en donne, ipso facto, le remède.

Les chants collectifs et les conférences faites par certains pensionnaires ont la même influence salutaire.

Ainsi, le développement du sens social s'effectue au milieu de la vie d'un groupe, qui sait travailler et se distraire, en respectant une discipline, pour pouvoir profiter de sa liberté, dans un Centre qui ressemble à une petite cité autonome, à un petit village modèle où tout est standardisé pour ne pas avoir à standardiser les individus.

Il va sans dire que toutes les thérapeutiques (médicamenteuses, méthodes de choc, etc...) sont appliquées et complétées par psychanalyse accélérée, narcoanalyse, etc..,

4°) **Reclassement :**

L'originalité du fait psychiatrique, dit SIVADON, réside dans l'intrication et l'interaction de phénomènes somatiques, psychologiques et sociaux. L'effort difficile du psychiatre tend à appréhender ce vaste ensemble, à en analyser et en réduire le plus possible les éléments, et surtout à favoriser une synthèse nouvelle. Il a besoin d'armes thérapeutiques variées pour rééquilibrer la personnalité du malade, mais le plus souvent, rien de solide ne pourra être fait sans sa réadaptation sociale, permettant la réinsertion du sujet dans un milieu qui lui convienne.

Il faut que la situation envisagée pour lui soit stable et qu'elle ne l'expose pas, par ses contingences, à la récidive d'actes délictueux.

La « qualité » d'anormal interné constitue une cause d'échec des démarches de placement. Est-on en droit de laisser ignorer sa situation à son futur employeur? Problème grave et parfois insoluble, car la discrétion qui paraît s'imposer à première vue en la matière, entravera singulièrement la surveillance ultérieure du libéré. Sauf cas exceptionnel, il vaut mieux instruire celui qui désire l'engager et, si possible, lui demander, pour l'œuvre de reclassement tentée, sa collaboration qui en assurera souvent le succès. C'est là un des problèmes complexes que nous ne faisons qu'indiquer, pour montrer combien l'apostolat social et moral de relèvement des délinquants anormaux est chose compliquée; et cela nous permet de rappeler le dévouement trop ignoré de ceux qui s'y consacrent avec un zèle digne de tout éloge.

Certaines conditions doivent être imposées pendant la sortie d'essai:

— obligation d'un travail régulier avec défense de quitter la place ou l'atelier choisis par la Commission médico-juridique, sans son avis;
— résidence déterminée;

— abstinence d'alcool avec interdiction de fréquenter les débits de boissons, car l'ébriété exalte les tares, déchaîne les instincts et prédispose au délit.

Si ce reclassement échoue après plusieurs tentatives, il faut prévoir la possibilité d'organiser, dans chaque Centre, des ateliers pour occuper les inadaptables sociaux et leur faire produire un certain travail qui aidera au paiement de leurs frais de séjour, pour qu'ils soient retirés de la Société et qu'ils ne soient pas entièrement à sa charge.

5°) **Différentes sortes d'Etablissements :**

Il semblerait qu'il en faille plusieurs comme certains l'ont préconisé: Centres pour anormaux difficiles, pour anormaux sexuels, écoles pour jeunes, établissements pour alcooliques et toxicomanes, centres pour épileptiques, colonies et camps de travail pour les récidivistes incurables.

Nous pensons que deux sortes d'établissements doivent suffiire:

a) *Centres médico-répressifs:*

Ce seront des Centres de Rééducation à discipline sévère pour les anormaux de toute nature, mais non « aliénés », qui présentent des tendances antisociales graves profondément enracinées, des troubles du caractère pouvant avoir une influence néfaste sur leurs camarades, qui ne seraient que cause de désordre et d'échec d'un milieu rééducatif, et qui ne sauraient que mal profiter d'un régime de liberté relative. Là aussi, seraient placés les récidivistes incurables.

b) *Centres psychothérapiques:*

Ces centres recevraient tous les autres anormaux. Cela risque de surprendre pour trois catégories de malades:

— les alcooliques et toxicomanes;
— les épileptiques,

— les vieillards et les infirmes.

Alcoolisme et toxicomanie ne sont qu'épiphénomène: « Ne devient pas alcoolique ou toxicomane qui veut ». Le facteur terrain joue un rôle important: le fond mental est pathologique. Nous devons simplement nous baser sur les ravages produits par le toxique dans l'organisme, pour l'aiguiller vers tel ou tel centre: s'il s'agit d'un « dément », il ira dans un hôpital psychiatrique; s'il s'agit d'un « anormal », le centre de réadaptation est tout indiqué; et si, dans cet établissement, il se révèle comme foncièrement « difficile », il sera transféré dans un centre médico-répressif.

Pour les épileptiques, l'aiguillage se fera de la même façon.

Il n'y a pas lieu d'envoyer les vieillards et les infirmes dans des établissements spéciaux. Dans les centres de réadaptation, certains pavillons pourront en accepter quelques-uns: s'occuper d'eux sera une bonne action, une marque de confiance pour les anormaux valides; il faudra même que ce soit un privilège, et que la punition soit de ne plus être autorisé à s'en occuper. Evidemment ceux qui, profitant de leur influence patriarchale, se révèleraient comme néfastes dans leurs actes ou dans leurs propos, seraient transférés dans les centres médico-répressifs.

Ainsi, dans chaque centre, les pensionnaires doivent être groupés dans les différents pavillons, non pas d'après leur classification en débiles, déséquilibrés, alcooliques, épileptiques, etc..., mais d'après leur possibilité de réadaptation. Le thérapeute se chargera, en les faisant passer d'un pavillon à l'autre, de leur faire gravir le « tremplin » de la rééducation pour prendre l'appel vers la vie en société.

Nous ne dénombrerons pas le personnel et le matériel nécessaires, ils sont implicitement mentionnés dans les pages précédentes.

Commissions médico-juridiques de défense sociale

Ce dont les anormaux délinquants sont incapables, c'est du contrôle normal de leurs actes; leur état psycho-physique les empêche de réagir contre les difficultés de l'existence ou les tentations avec la lucidité ou le sang-froid de l'homme normal, mais ils savent parfaitement qu'en « délinquant », ils commettent une faute: ils sont en partie conscients de leur responsabilité. Ils doivent être soumis à un régime d'éducation et d'adaptation sociales dont la base est la discipline morale et l'apprentissage d'un métier choisi d'après leurs aptitudes psychiques, physiques et sociales. Ce régime ne doit pas être en opposition avec la notion de peine: l'atténuation des rigueurs de l'incarcération vient compenser la prolongation de privation de liberté.

Il n'existe aucune raison d'enlever à la sanction dont ils sont l'objet le caractère de peine, puisqu'ils sont comme les délinquants normaux, conscients de leur responsabilité, et qu'au surplus, l'expérience belge l'a montré, il est impossible dans l'exécution, de différencier nettement cette sanction de la peine. De plus, l'anormalité n'est jamais une cause de justification, elle n'enlève pas au fait son caractère d'infraction; elle peut provoquer une modification de la nature de la peine, elle ne peut jamais entraîner la suppression de celle-ci: les intéressés auraient d'ailleurs une bien piètre idée

de la justice des hommes s'ils s'entendaient déclarer « légalement » irresponsables, c'est-à-dire en quelque sorte « intouchables ».

Ce n'est pas l'amendement de l'état mental de l'anormal qui sera l'élément unique révélateur de ce qu'il ne constitue plus un danger social, ce sont à la fois sa rééducation, sa réadaptation et l'amélioration de son état psychophysique qui établiront la disparition ou l'atténuation de sa « périculosité », de telle façon qu'une libération puisse être ordonnée.

1°) **Politique à suivre :**

Faire varier la durée de l'internement d'après la gravité du délit, comme c'est actuellement le cas en Belgique, constitue certainement une hérésie au point de vue médical et social. Cette manière de procéder pour limiter l'arbitraire des commissions, peut être dangereuse puisqu'elle peut, à un moment donné, faire échapper à toute surveillance, des sujets incomplètement amendés.

Il faut laisser aux Commissions de Défense Sociale toute latitude pour prendre les mesures adéquates à chaque cas, depuis la mise en liberté immédiate mais surveillée, jusqu'au placement dans tel ou tel centre de rééducation. Que l'on ne vienne pas dire surtout, prévoit Ley, qu'une telle organisation ouvrirait les portes à des abus: on ne voit certainement pas pourquoi les Commissions de Défense Sociale agiraient avec moins de conscience de leurs responsabilités et moins de respect de la liberté individuelle que les tribunaux, ni pourquoi les garanties prévues pour les internés seraient moins efficaces dans ce système qu'elles ne le sont dans le système actuel. On réaliserait ainsi un pas important vers l'individualisation de la peine, précisément pour les sujets qui en ont le plus besoin.

Le médecin-expert ou le collège d'experts qui sera chargé de pratiquer l'examen médico-psychologiques de

l'inculpé indiquera dans un rapport motivé les mesures qui paraissent devoir être prises à son égard. Sa mission consistera à préciser notamment les points suivants:

— dire si l'inculpé a présenté au moment des faits et présente encore actuellement une anomalie mentale;
— décrire les anomalies éventuelles et apprécier la mesure dans laquelle elles ont pu intervenir dans le déterminisme des actes qui lui sont reprochés;
— établir le pronostic médico-social de l'affection;
— indiquer les mesures thérapeutiques ou de Défense Sociale que le résultat de l'examen rendent souhaitables;
— en l'absence d'anomalie mentale caractérisée, dire s'il existe des facteurs d'ordre pathologique ou psychologique dont il y a lieu de tenir compte dans l'appréciation des faits.

Le médecin-expert doit être un conseiller technique, il doit énoncer des faits et des arguments scientifiques sans les dépasser. N'est-il pas dans son rôle en établissant un diagnostic, un pronostic médico-social, et en indiquant le traitement qui lui paraît adéquat?

On a fait beaucoup de bruit parfois au sujet des contradictions entre experts psychiatres. Mais là encore, ce sont principalement la nature des questions posées et le problème nébuleux de la responsabilité qui engendrent les contradictions. Evidemment, il y aura toujours des cas difficiles qui prêteront à discussion et à avis divergents. Mais il faut reconnaître que les contradictions entre juristes ou entre tous autres spécialistes, ne le cèdent en rien aux contradictions entre psychiatres. Cela résulte du caractère même des sciences, œuvres humaines, imparfaites et en perpétuelle évolution.

A la lumière de ces principes, on ne peut qu'appliquer le système de la sentence indéterminée suivie du placement de durée indéterminée: ainsi l'exigent les mesures de protection sociale et la nécessité de la thérapeutique. Il n'y a pas, en effet, de rapport de gravité

entre le délit, le degré d'anomalie mentale, et la « dangerosité » de l'individu. On ne peut prévoir ni sa « périculosité » ni la durée du traitement qui sera nécessaire pour la réduire: la mesure doit être modifiable suivant l'évolution de chaque cas particulier. Il y a plus de garanties pour la liberté individuelle dans plusieurs délibérations successives que dans une délibération unique: c'est en quelque sorte un jugement « chronique ».

L'exécution pratique de ces mesures doit être remise entre les mains d'un organisme spécial: la Commission médico-juridique de Défense Sociale, qui statuera sur le genre et la durée minima de l'internement en fonction de la cause de l'acte commis et des caractères de l'anomalie mentale manifestée (gravité, danger social qu'elle constitue, traitement qui lui convient).

Les raisons de convenance commandent souvent d'éviter à un inculpé anormal et à sa famille la honte de voir étaler ses tares dans un débat public: la commission fonctionnera donc à huis-clos, sauf si le conseil de l'inculpé demande la publicité des débats.

Enfin, la « démence » (aliénation mentale), le déséquilibre mental et la débilité sont des états qui peuvent se combiner surtout au début des manifestations morbides. Tel état mental pathologique qui apparaît aujourd'hui comme un déséquilibre plus ou moins grave peut très bien dépendre d'une psychose en voie d'évolution. Telle psychose (« démence » au sens de la loi) peut n'être qu'une bouffée délirante passagère chez un déséquilibré ou un débile. Donc, l'affectation initiale dans tel ou tel centre ne doit pas être irrévocable. Ces différents établissements ainsi que les hôpitaux psychiatriques ne peuvent pas être séparés par des cloisons étanches et doivent permettre, si cela est nécessaire, le passage de certains délinquants de l'un dans l'autre, suivant l'évolution de leur état.

Hôpital psychiatrique: / Centre médico-répressif.
\ Centre psychothérapique.

Pour créer cette unité d'action de Défense Sociale et la symbiose des techniques, il semble utile que chaque mois, il y ait une réunion d'information, d'études et de mise au point pour les médecins de ces différents organismes, le lieu de réunion changeant par roulement: Annexes Psychiatriques, Hôpital Psychiatrique, Centre Psychothérapique, Centre Médico-répressif. Enfin, une fois par semestre, une réunion de mise au point devrait se tenir au siège de la Commission où seraient invités les différents experts psychiatres ainsi que les juges d'instruction.

2°) **Composition de la Commission :**

Comme l'expérience belge le prouve, nous dit le docteur VERVAECK, la Commission réalise heureusement la collaboration du psychiatre, du magistrat et de l'avocat appelés à se spécialiser dans l'appréciation des formes si variées et si complexes de la criminalité des anormaux.

Elle est composée d'un magistrat choisi par le président de la Cour d'Appel, d'un avocat choisi par le ministre et du médecin de l'A.P. qui, tous trois, ont droit de vote.

Cette Commission qui a dans ses attributions toutes les mesures à prendre à l'égard du traitement et de la libération des anormaux est totalement indépendante des pouvoirs judiciaires et administratifs, et elle est souveraine dans ses décisions. Ainsi s'est créée une juridiction nouvelle devant laquelle l'intéressé peut faire appel semestriellement.

Devant cette Commission de la loi de Défense Sociale, s'instaurent des débats contradictoires, où les « conseils » des inculpés peuvent faire entendre des témoins et des médecins, suggérer et défendre des propositions de placement et de libération. De leur côté, les membres de cette Commission médico-juridique peuvent ordonner des enquêtes sociales et des expertises,

entendre la famille des anormaux ainsi que les médecins-directeurs et auxiliaires sociaux des établissements de Défense Sociale.

Le procureur assiste à ses débats, il peut y formuler des propositions et des réserves, mais n'a pas droit de vote. Enfin, les délégués des œuvres de patronage et de reclassement social (auxquelles sera confiée la surveillance des anormaux au cours de la période critique de leur libération à titre d'essai), ont également droit d'intervenir dans la discussion, mais aux aussi sans droit de vote.

3°) **Pouvoirs :**

Les décisions de la Commission sont prises après délibération à huis-clos et leur exécution est immédiate, à moins qu'elle n'en retarde la réalisation pour des raisons qu'elle est seule à apprécier. On le voit, ses pouvoirs sont singulièrement étendus et on eut pu craindre qu'elle ne soit entraînée à sortir de son rôle et à prendre des mesures inopportunes, s'il n'avait été heureusement décidé qu'elle serait présidée par le magistrat qui en fait partie.

La politique qui semble avoir prévalu dans ces commissions est la suivante: se montrer assez large pour les libérations à l'essai des anormaux à tendance vraiment dangereuse, mais très énergique pour réclamer le réinternement de ceux dont la conduite laisse à désirer.

4°) **Surveillance spéciale :**

L'internement vise à l'éducation morale et à l'adaptation sociale des anormaux. Les commissions ordonnent la libération lorsqu'elles estiment que les résultats acquis dans ce domaine ont fait disparaître ou ont suffisamment atténué le danger social que représentait l'interné. Jamais elles n'auront à cet égard de certitude absolue: il faut qu'elles puissent tenter des expériences

et qu'elles puissent les tenter sans danger. C'est ce que leur permettra la libération à l'essai: un contrôle tutélaire et attentif sera exercé sur le libéré et, si sa conduite ne répond pas à ce que la commission espérait, la libération sera révoquée avant que l'anormal retombe dans le délit.

Cette surveillance incombera à un organisme de contrôle social, œuvre de placement, d'aide pour permettre à l'intéressé de surmonter « la crise de la libération ». Ce dernier sera soumis à certaines obligations (lieu de travail, de séjour, de visites périodiques au Dispensaire d'Hygiène Mentale, etc...) et à certains interdits (débits de boisson, ivresse, etc...).

Cette libération à l'essai doit durer six mois, à la suite desquels la commission peut signifier la sortie définitive ou le renouvellement d'essai de sortie pour six mois encore, en se basant sur la conduite du libéré et les rapports de l'organisme de contrôle social.

Ces commissions, comme nous le dit le docteur VERVAECK, agissent depuis vingt ans en Belgique et l'expérience a montré que le fonctionnement des commissions n'a donné lieu à aucun abus, que, sauf des cas très rares, les mesures qu'elles ont prises le furent à l'unanimité et celles-ci n'ont soulevé qu'exceptionnellement des protestations de la part des anormaux ou de leurs conseils.

Prophylaxie

Nous avons dit au début de notre étude que toute proposition serait incomplète si elle n'envisageait la prophylaxie de la délinquance des anormaux psychiques.

Cette prophylaxie ne peut-être efficace que si la loi donne aux médecins la possibilité de détecter ces anormaux. Nous ne mentionnerons que quelques mesures qui semblent indispensables pour amener aux consultations de dépistage les sujets suspects d'anomalie mentale, qu'ils soient isolés dans la Société ou qu'ils fassent partie d'une collectivité: usines, éntreprises, administrations, écoles surtout, etc...

1°) **Dispensaires de Prophylaxie mentale :**

En plus des consultations qu'ils assument actuellement, ces dispensaires devraient assurer:

— les consultations périodiques auxquelles seraient astreints les anormaux libérés à l'essai;
— le contrôle des cas signalés « en danger moral » par les assistantes sociales de secteur ou celles des collectivités;
— des consultations devant être rendues obligatoires après enquête du commissaire de police pour les « sans travail » qui peuvent être considérés comme « vagabonds », mais qui, quand même, ne tombent pas sous le coup de la loi pour être envoyés en prison.

Il va sans dire que cela ne peut être accompli sans l'aide efficace du Service Social.

2°) **Prophylaxie de la délinquance juvénile :**

Les grandes lignes de la délinquance juvénile sont définis par l'Ordonnance du 2 février 1945 qui établit notamment le « Régime de la Liberté Surveillée ». Au-dessous de 18 ans, irresponsabilité, mais le juge peut en face de certains cas (cas graves ou apparence de « perversité »), prononcer une peine. La distinction sur le plan de la criminalité entre adultes et mineurs n'est peut-être pas aussi complète que dans d'autres pays. Par contre, certains aspects de la délinquance juvénile, tels le vagabondage ou la prostitution, ne sont pas résolus par la loi dans le sens où nous l'entendons, alors qu'ils constituent pourtant un élément criminologique certain. En Suisse, Pierre de MESTRAL-COMBREMONT a réuni en un seul projet de loi indépendant de tout Code Pénal et adopté en partie le 15 mai 1935, les dispositions éparses existantes et les a complétées par des innovations heureuses, dont la « Prévention du péril moral ». C'est un « Office de jeunesse » non étatiste, qui favorise l'initiative privée dans la création, l'administration d'associations et d'institutions. Il est l'autorité de surveillance et l'animateur des œuvres, institutions, associations pour la jeunesse. Il organise un service social dans les usines et des services d'hygiène dans les organisations scolaires, médicales et pénitentiaires; il est un centre de réadaptation sociale pour les mineurs et jeunes adultes libérés de prison. Il servira à l'éducation des éducateurs comme centre de diffusion des principes des sciences de l'éducation: il donne cours et conférences aux pédagogues, médecins, juristes, ecclésiastiques se dévouant à l'enfance. En effet, les conflits familiaux alimentent le comportement de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte en vertu du principe de l'automatisme de répétition mis en évidence par

la psychanalyse. D'où la nécessité de rechercher les mobiles des actes antisociaux par l'étude psychologique de la constellation familiale (unité et stabilité familiale, valeur éducative de la famille, rôle de chaque parent, etc...), des situations complexuelles (complexe d'Œdipe et conséquences, délinquance névrotique, délinquance d'auto-punition, premières expériences infantiles, caractère « indifférent » créé par la frustration, l'abandon, rôle des identifications qui sont déterminantes dans la psychologie de l'enfant et qui, sur le plan individuel, s'expriment consciemment par les réactions d'imitation et d'opposition, etc...). Car plus l'enfant est jeune, plus les méthodes psychanalytiques et psychothérapiques risqueront de modifier son comportement, avant que les sanctions sociales ne pèsent définitivement sur lui. Et le problème pour les parents et les éducateurs est d'utiliser le conflit révélé par l'acte délictueux et de le transformer en une leçon constructive; ils doivent aussi éviter de se laisser dominer par la peur et de « projeter » celle-ci sur l'enfant à rééduquer.

3°) **Dépistage scolaire :**

Le dépistage scolaire doit être obligatoire pour les « queues de classe », où se trouvent réunis tous les déficients de l'intelligence et les déséquilibrés du caractère qui suivent tant bien que mal l'enseignement, de plus en plus distancés par les autres éléments. En relèvent aussi non seulement les enfants déjà atteints: arriération, « pervers », etc..., mais tous ceux qui présentent encore des troubles plus légers: instables, difficiles, lents, timides, ces enfants pouvant être parfois de bons élèves. L'importance de cette consultation doit d'autant plus frapper le personnel qu'elle vise un but psychologique et pédagogique aussi bien que médical et que l'insuffisance à l'école peut être d'ordre intellectuel, émotionnel, caractérologique. L'école, filière obligatoire par laquelle passe l'enfant, met rapidement en

relief les tares mentales et le défaut d'adaptation à la vie sociale. Généralement, les jeunes délinquants ont été des élèves médiocres, leur niveau se trouve le plus souvent au-dessous de celui du C.E.P., enfin ils ont attiré l'attention au point de vue disciplinaire et ont laissé un souvenir détestable dans leur école.

4°) **Instituts pédotechniques :**

Ils existent déjà, Toulouse en possède un. Nous ne le citons que pour souligner leur nécessité et qu'ils prennent plus d'étendue pour recevoir un plus grand nombre d'enfants.

« L'enfant est un homme. Il porte en lui les possibilités splendides de l'espèce », (Ed. PICHON).

« L'avenir d'un pays dépend du soin qu'il apporte à élever convenablement ses enfants » (H. ROLLET).

Incidence financière

La mise en application de ces projets de Défense Sociale implique des frais relativement élevés, au moins au début. Mais actuellement, l'Etat paie, pour chaque anormal psychique délinquant, soit le prix de journée dans un hôpital psychiatrique, soit celui d'une prison. De plus, l'on peut escompter qu'après un certain temps une grande partie de ces frais serait récupérée, d'une part par la diminution de la récidive, d'autre part par le produit du travail des établissements en question, dont certains pourront devenir presque autonomes et vivre en partie de leurs propres revenus.

Quoiqu'il en soit d'ailleurs, cette objection d'ordre économique ne doit pas entrer en ligne de compte dans une société bien organisée, dont les dirigeants ont conscience du tribut énorme que le crime et la délinquance imposent à la nation.

Pour débuter à moindre frais, il suffit de spécialiser quelques hôpitaux psychiatriques et surtout de convertir des prisons en Centres de Réadaptation. Le personnel de ces prisons peut être spécialisé dans sa nouvelle tâche.

De toute façon, un système de prévision peut être établi en se basant sur la Belgique qui, pour 7.500.000 habitants, possède 5 établissements de Défense Sociale:

— 2 « asiles » spécialisés: Mons et Tournai,

— 3 prisons « converties »: Gand, Forest et Merxplas:

Enfin, presque tous les pays étrangers sont par-

venus à accomplir cette évolution. Presque seule, la France est en retard, et elle l'est de trente-huit ans sur l'Angleterre et de vingt ans sur la Belgique!

C'est une question d' « Economie Nationale »: un anormal psychique rééduqué et pourvu d'un métier n'est plus une charge à la Société, ni un danger pour elle.

Conclusion

Cette conception de la Défense Sociale résulte d'une connaissance plus approfondie des anormaux et de l'expérience de certains pays. Pour combattre le mal, il faut d'abord le connaître, toute la question est là!

En terminant son ouvrage sur « La défense sociale et les transformations du Droit Pénal » Ad. PRINS écrivait:

Des mystères qui nous entourent, la présence du mal sur la terre est l'un des plus inexplicables, toutes les philosophies se sont ingéniées à le pénétrer et toutes les théodicées ont essayé de concilier les perfections divines avec l'existence du mal. Quoiqu'il en soit, le mal existe parmi nous, et c'est parce qu'il existe que nous avons le désir du mieux et que le progrès est une nécessité.

Et c'est parce que le progrès est une nécessité que nous avons des devoirs à remplir et un but à atteindre, c'est-à-dire utiliser les moyens que l'on nous propose pour remédier aux imperfections des hommes.

L'une de ces imperfections est l'infortune de l'être humain naissant avec le legs maudit de l'insuffisance et de l'infériorité mentales et morales. Voilà assurément l'une des formes les plus aiguës de l'universelle souffrance.

Cette souffrance est à la base de la criminalité et si on l'ignore on ne comprend rien à la criminalité et l'on ne peut rien contre elle.

Peut-être apparaît-il que la notion de la Défense Sociale devra un jour être étendue à tous les délinquants, qu'ils soient « normaux » ou « anormâux », en faisant de la sentence indéterminée un principe général comme il en est actuellement en Suède. Il n'y a rien de plus illogique en effet, de plus inhumain, et de plus contraire aux intérêts de la Société comme de l'individu, que ces dosages de peines à temps fixé d'avance que nous voyons exécuter tous les jours par nos tribunaux.

Vu : Le Président,
PLANQUES

Vu : *Le Doyen,*
LEFEBVRE

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 30 mai 1951
Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université
DOTTIN

Bibliographie

ABREVIATIONS

A.M.L.: *Annales Médico-Légales.*
A.M.P.: *Annales Médico-Psychologiques.*
H.M.: *Hygiène Mentale* (Informateur).
P.M.: *Presse Médicale.*
E.P.: *Evolution Psychiatrique.*
Rev. D.P. et Cr.: *Revue de Droit Pénal et Criminologie.*
Rev. E.S.: *Revue de l'Education Surveillée.*
Rev. F. de Ps.: *Revue Française de Psychanalyse.*
D.S.: *Défense Sociale.*
C.P.F.: Code Pénal Français.

Abely (Xavier et Paul) : Section des Aliénés difficiles de Villejuif.

— L'Internement des Pervers constitutionnels. (A.M.P.: 1933, T. 2, p. 369).

— Internement des Aliénés criminels. Juridiction répressive ou civile. (A.M.P. 1935, T. 1, p. 234).

— Etude complémentaire des mesures de sûreté du projet de de Code Pénal. (A.M.P. 1935, T. 1, p. 474).

Abramson et Kopp : Centre de rééducation de Mool (Belgique). (H.M. 1932).

Albanel : Le crime dans la famille. (Vigot 1900).

Alexander : Pronostic social et Pronostic psychiatrique de la récidive des délinquants anormaux. (Rev. D.P. et Cr., 1934, juin, n° 6).

— Une enquête sur l'opportunité de la D.S. envers les anormaux psychiques, délinquants et criminels. (A.M.L., 1935, p. 752).

— Les récidivistes internés. (Rev. D.P. et Cr., Bruxelles, janvier 1948).

Allendy (René) : Le Crime et les perversions instinctives. (1942, Rev. Liv., Victor, 20).

Alquier : Les peines privatives de liberté et les mesures de sûreté dans l'avant-projet de C.P.F. (Thèse Droit, Grenoble 1934).

Alvarez Garcia (V.) : Contribution à l'étude des facteurs de la criminalité. (Thèse Méd. Paris 1937).

Ardi : De l'impulsivité criminelle chez l'indigène algérien. (Thèse Méd., Alger 1926).

Aymard : La profession du crime. (Th. Droit Paris 1905).

Bachet : Les encéphaloses criminogènes. (Foucher, Paris).

Badonnel : Prophylaxie de la délinquance juvénile et dépistage scolaire. (H.M. 1938, n° 9, p. 137).

Balthazard : Le principe de la répression et les anormaux. (Rev. Pénit., 1922, p. 699, 740.

Barkas : Culpabilité. (Mental Hygiène, déc. 1932, n° 6, p. 23, 33).

Barbier : Le délit alcoolique. Répression et prévention. (Th. Droit Paris 1930).

de Barrigue de Montvallon : L'intervention du juge de l'exécution de la peine. (Rev. Pén., 1932, p. 170).

Batawia : Le caractère criminel. (A.M.P. 1933, T. 2, p. 284).

Baruk : Test de Tsedek. (A.M.P. 1947, T. 2, p. 428).

Bastide : Liberté individuelle. (Société Psychiatrie Sociale de la région toulousaine, 1950).

Bekaert : Les principes de la récidive dans le D.P. classique. (Rev. D.P. 1939, février, n° 2).

Beley (André P.L.) : Enfant délinquant. Pathogénie. Prophylaxie des actes antisociaux. Préface Dr G. Heuyer. (Thèse Méd. Paris 1933).

Beley, Mlle Boutin : Du centre d'observation à la réadaptation sociale. (H.M., janvier 1950, 9, 10).

Benoît : L'école homicide. (Lahure, 1898).

Bertrand (Ernest): Leçons pénitentiaires. (Louvain 1932, 1935).

Blacque-Belair et Ceillier : Projet 1°) Annexe au P.V. Chambre Députés du 11 juillet 1930 ; 2°) Ann. Méd. Lég., 1931, p. 99, 164, 358 ; 3°) H.M. 1931, n° 2, p. 32.

Bouger : Introduction à la Criminologie. (Hollande).

Bordez (Henriette) : Les chantiers extérieurs. (Th. méd. Strasbourg, Clermont-Ferrand, 1944).

Bouchard : Les actes anti-sociaux des mineurs épileptisants. Mesures de traitement et de préservation sociale. (Th. Méd. Lyon 1935).

Boven : Morphologie et caractériologie des délinquants. (Archives suisses de neuro et psychiatrie, vol. XXIX, fasc. 1 et 2, 1932).

Bradfort : Essai de contribution à l'évolution du D.P. (Sirey 1929, cf.: Cornil).

Buffelan : La réforme pénitentiaire en Belgique et la loi de D.S. (Thèse Méd. Toulouse 1930).

Burt (Cyril) : Le jeune délinquant.
Cahen : Régime pénitentiaire belge et la loi de D.S. (Paris, Sirey 1936).
Calmels : Les thérapeutiques par le travail. (A.M.P. 1927, p. 269).
Camerlynck : L'avant-projet du Code Pénal. (Strasbourg 1933).
Cannat (P.) : Nos frères les récidivistes. (Th. Méd., Paris 1942).
Castration des Antisociaux aux U.S.A. (L'Informateur 1924, p. 208).
Caujolle : Rapport sur projet Blacque-Belair et Ceillier. (J.O. Chambre, Documents parlementaires, session ordinaire 1931 annexe n° 5.416).
— A.P. de prisons. (Rev. Intern. Criminologie, 1936, p. 305).
Chambon : Les mesures de sûreté. (Th. Droit Paris 1925).
Ceillier : Projet loi concernant chat. d'A.P. et L.A.C. (H.M., 1931, n° 2, p. 29).
— Mlle Badonnel, Schiff : 31me Congrès Int. Méd. Lég. et de Méd. Sociale de langue française. (A.M.L., 1937, p. 265).
Cérémonie (A.) : Rôle de l'atelier. (Rev. Ed. Surv., juillet-août 1946, n° 3).
Chancerel : Le théâtre et la jeunesse.
Charpentier : Expertise psychiatrique et D.S. contre les anormaux. (Conf. de Québec et Montréal en sept. 1928. A.M.P. 1930, p. 289).
— A propos de la réforme du Code Pénal. (A.M.P. 1933, T. 2, p. 353).
Chaurand : L'Institut Pédotechnique. (Sauvegarde, janv. 1950, 9-10).
Claude et Schiff : Considération sur le traitement pénitentiaire. (A.M.L. 1924, p. 224).
— Sur la nécessité de l'A.P. des prisons. (A.M.L. 1932, p. 512).
Claude (Henry) et Schiff (Paul) : De la nécessité administrative des A.P. dans les prisons. (A.M.P. 1932, T. 2, p. 209).
Claude et Costedat : Adoption des vœux présentés à propos de la création dans les prisons et L.A.C.
Claude (Henry) : Projet D.S.
Colin (Henri) : Le quartier de Sûreté de Villejuif. (A.M.P. 1912).
Collin (André) : Les principaux types morbides des écoliers insuffisants. (Revue Pédagogique, 11 novembre 1917).
Commission de Révision Loi belge de D.S. (Rev. D.P. et Cr., 1940, p. 229).
Congrès d'Assistance publique et privée de Montpellier, 1er juin 1914 : L'assistance préventive des anormaux psychiques. Rapport Pr Régis. (H.M., 1914, p. 232).
Congrès Pénitentiaire International de Londres 1925. (H.M., 1925, p. 163).
Ier Congrès International D.P., Bruxelles 1925 : Mesures de sûreté. (Actes 1927, p. 154, 556).
Congrès : Aliénistes et neuro de France et pays langue fr. (Barcelone) : « Les conditions de l'expertise médico-légale criminelle ». (A Barcelone en 1929).

Congrès Médico-Légal de Paris, 1929 : Responsabilité des épileptiques. (Ceillier, rapporteur).
Congrès Pénitentiaire International de Prague, 1930. (Rev. pénitentiaire 1931, p. 6).
Congrès Rome, 1938.
Congrès International de Criminologie de 1950.
Corbet (Hubert) : La D.S. à l'égard des pervers. (Th. Méd. Paris 1938).
(H.M. 1938, p. 120).
Cornil (L.) : La mesure de sûreté envisagée objectivement. (A.M.L. 1929, p. 825).
— La loi de D.S. belge. (Rev. D.P. et Cr., 1930, p. 837 et 1019).
— Les anormaux et le D.P. (Rev. D.P. et Cr., 1935, p. 800).
— et Poll : Prisons et établissements pénitentiaires. (Rev. D.P. et Cr. 1939, p. 408).
— et Bradfort : Rapport sur l'étude de la révision de la loi belge du 9 avril 1930. (Rev. Droit Pénal et Criminologie, 5 juillet 1939).
Costa (J.L.) : Législation de l'enfance délinquante et en danger moral. (Rev. Ed. Surv., septembre-octobre 1946, n° 4).
Coste : L'infraction, la responsabilité pénale. Les sanctions et les pouvoirs du juge répressif dans quelques codes et projets étrangers. (Thèse Droit Lyon 1926).
Costedoat : Psychoses pénitentiaires. (Th. Méd. Lyon, 1913).
Courbon (Paul) et Tusques (Jean) : Anatopisme mental et délinquance. (A.M.P. 1932, T. 1, p. 241).
Coussant : De la légalité des peines. (Rev. D.P. et Cr., 1935).
Cuche (G.) : Les fonctions de la peine. (Paris 1901).
Cuche (P.) : Les peines éducatrices. (Paris 1903).
De Greeft : La notion de responsabilité en anthropologie criminelle. (A.M.L. 1930, p. 445).
— Introduction à la criminologie. (Louvain 1937).
— Ames criminelles. (Louvain 1949).
— Criminogénèse. (Congrès Int. Criminologie 1950).
Delassus : Du tempérament criminel. (Th. Méd. Lyon 1908).
Delgado : Psychiatrie et H.M. au Pérou. (H.M. 1936, n° 8).
Delierneux : Essai de contribution au traitement des condamnés correctionnels adultes. (Rev. D.P. et Cr. 1930, p. 976).
Dépistage des anormaux psychiques délinquants : Toulouse 1947-48, Loos 1947-48. (Rev. D.P. et Cr.).
Derombies (Madeleine) : Régime des aliénés criminels et délinquants en Angleterre et en Ecosse. (A.M.P. 1937, T. 1, p. 202).
Desorthes : L'instabilité du mineur délinquant. (Thèse Méd. Lyon, 1934).
Despres : De l'abolition de l'emprisonnement. (Padoue 1868).
Desruelles et Bersot : Aperçu historique de l'assistance aux aliénés en Europe.
Dezwarte : L'idée de la responsabilité et la répression sociale. (Informateur 1926, p. 124 et 190).
Didion : De l'organisation de la magistrature pénale. (Thèse Droit Nancy 1933).

Di Tullio : Bio-criminogénèse. (Congrès Int. Cr. 1950).
Donnadieu de Vabres : Cf. Toulouse.
Dragu : L'infraction, phénomène social. (Th. Droit Paris 1903).
Dublineau : Le choix de la mesure à prendre pour la rééducation des mineurs délinquants. (Provence Médico-Chir., juin 1936).
— Projet d'une législation anti-alcoolique. (A.M.P. 1946, p. 23, 121).
Du Chateau et Verstraten : L'A.P. de la prison de Gand. (A.M.L. 1924, p. 324).
Ducoudray (J.) : cf.. Lisbonne, Camboulives.
Endara : Psycho-diagnostic de Rorschach et délinquance. (A. M.P. 1939, T. 2, p. 361).
Enquête nationale sur l'enfance inadaptée. (Congrès Int. Psychiatrie 1950).
Enquête nationale sur l'enfance inadaptée. (Sauvegarde, 1949, Cahier 30 ss).
Ferri : Le Congrès pénitentiaire de Londres. (Giard 1927).
— Sociologie criminelle, p. 218, 507, 573.
— L'Homicile. Art. 11, p. 540.
Fontaine (Vincent) : La conception psychanalytique de la criminalité. (Rev. D.P. et de Cr., Louvain 1939).
Frank : Punir ou guérir. (A.M.P. 1943, T. 2, p. 299).
Frey : L'avenir des mineurs délinquants. (Cahier n° 1 de Sauvegarde).
Frey (Erwin) : Les facteurs criminogènes chez les mineurs. (Congrès Int. Cr. 1950).
Fromaget : Les mesures de protection à l'égard des pervers qui s'engagent dans l'armée. (Thèse Méd. Lyon 1935).
Fuster : Contribution à l'étude expérimentale de la psychiatrie du délinquant. L'épreuve de la pénalisation des délits. (A. M.P. 1933, T. 2, p. 284).
Gailly : Surveillance des aliénés et anormaux libérés de D.S. (Rev. D.P. et Cr. 1936, p. 229).
— Surveillance psychiatrique et sociale des délinquants anormaux libérés à l'essai après un internement de D.S. (Rev. D.P. et Cr. 1933, p. 205).
Garçon (Maurice) (M°) : A.M.L. 1931, p. 164.
Gauckler : Les sentences indéterminées. (Rev. Pén. 1899, p. 1.087).
Gautier : Pour ou contre les sentences indéterminées. (Rev. Pénale Suisse 1893).
Geisert (A.) : Tarde et la criminalité. (Th. Droit Paris 1935).
Geisert (H.) : Le criminel d'habitude. (Th. Med. Lyon 1932).
Gelma : Organisation des prisons psychiatriques ou annexes des prisons. (A.M.P. 1920, T. 2, p. 179).
— (Med) : Un centre d'études de psychiatrie des prisons et de médecin pénitentiaire à Strasbourg. (A.M.L. 1923, p. 554, 1924, p. 94).
— Délinquants irresponsables et non-internables. (A.M.L. 1930, p. 58).

Genil-Perrin : Le nouveau projet de loi sur les manicomes et les aliénés en Italie. (L'Informateur, février 1924).
— Psychanalyse et criminologie. (Alcan 1934).
Gerente : Projet loi Docteur Gerente. (Paris 1911).
Good, Field, Christie, Rickman, Glover : La psychiatrie du crime. (The British Journal of Medical Psychology, T. XIII, fasc. 3, p. 234, 272, 23 déc. 1932).
Grasset : Demi-fous et demi-responsables. (Paris, Alcan 1907).
— Défense sociale contre les criminels à responsabilité atténuée. Lettre au Garde des Sceaux. (H.M. 1912, p. 313).
Gros : Des sentences indéterminées. (Th. Droit Paris 1905).
Guéton (Med.) : D.S. à l'égard des anormaux, délinquants d'habitude et d'adolescence coupable. (Rev. Pén. et Cr. 1924, p. 385).
Guilhermet : Le milieu criminel. (Costes 1923).
Guncker : Causes et préventions de la criminalité en Alsace-Lorraine, avant, pendant, et après la guerre. (Th. Méd. Strasbourg 1923).
Gunzburg (Niko) : Les transformations récentes du D.P. interne et internat. (Paris, L'Eglantine 1933).
Halberstadt (Dr. G.) : La démence paranoïde (Etude nosologique). (A.M.P. 1924, T. A., p. 297).
Hanswirth : Suppression légale des aliénés incurables et des idiots. (L'Informateur 1924, p. 98).
Heger-Gilbert : Les réformes du système pénitentiaire. (Rev. D.P. et Cr., 1921, p. 3).
Henonque : La D.S. contre les délinquants pervers. (Th. Méd. Paris 1932).
Hesnard : Les conduites de culpabilité. (Paris, Archvey 1939).
— Processus de la légitimation subjective en criminogénèse. (2me Congrès Intern. Crim. 1950).
d'Heucqueville et Kah (Ph.) : L'expertise mentale composée à 3 degrés. (Ann. Méd. Lég. 1936, p. 253).
Heuyer et Mlle Badonel : L'hérédité des pervers instinctifs. (H.M. 1928, n° 6).
Heuyer, Serin, Morison, Baille : Orientation professionnelle des jeunes délinquants. (H.M. 1932).
Heuyer, Mlle Courtial, Dublimon et Nerou : Tests de caractère en neuro-psychiatrie infantile. (A.M.P. juillet 1934).
Heuyer et Vervaeck : Délinquance et criminalité de l'enfance. (A.M.P. 1935, T. 2, p. 301).
Heuyer : Enquête sur la délinquance juvénile. (Paris 1942).
Hoven (Henri) : Sur certaines réactions antisociales des délibérants systématisés hallucinés. (Archives médicales Belges janvier 1923).
Jacob : La criminalité des vieillards. (Th. Méd. Lyon, 1924).
Jacobi : Résultats du placement familial à la col. de Gheel (Belgique). (A.M.P. 1937, T. 2, p. 404).
Janet (Pierre) : Les troubles de la personnalité sociale. (A.M.P. 1937, T. 2, p. 149 et 421).
Joly : Le combat contre le crime. (Cerf. 1892).

JOUBREL : A propos de l'article sur le récidivisme des jeunes délinquants. (Janvier 1948, 24).
KAH (Ph.) : Le criminel n'est-il qu'un malade social? (Paris 26).
— cf. : d'Heucqueville.
KINBERG (Olof) : La loi et les aliénés. (Stockholm 1926).
— Problèmes essentiels de criminologie. (A.M.P. 1935, T. 2, p. 518).
— Le droit de punir. (Théoria 1948).
— Congrès Int. Cr. 1950 : la prison, facteur criminogène.
KŒNEN (J.H.M.) : La débilité mentale chez les enfants (1933).
KOVALESKY : La psychologie criminelle. (Vigot 1903).
LAGACHE (Daniel) : Physiologie clinique et délinquance juvénile. (Rev. Ed. Surveillée, juillet-août 1946, n° 3).
— Contribution à la psychologie de la conduite criminelle. Rev. Fr. de Psychanalyse, octobre-décembre 1948).
— Psychologie criminogénèse. (Congrès Int. Cr. 1950).
LAFON, FAURE, LATOUR : Centres polyvalents d'observation. Sauvegarde, janvier 1950, n° 9-10).
LA GRASSERIE (R. de) : Les principes sociologiques de la criminologie. (Giard 1901).
LANESSAN : La lutte contre le crime. (Alcan 1910).
LAVANCHY : Les mesures de sûreté en D.P.
LEBOVICI : Facteurs psychogènes de la délinquance juvénile. (Congrès Int. Cr. 1950).
LEDOS : « Les criminels et la criminalité ». (Paris 1908).
LEGRAND : A propos des A.P. des prisons. (Rev. D.P. et Cr. 1927, p. 675 et 834).
LE GUILLANT : Une expérience de réadaptation sociale. (H.M. 1946-47, p. 85).
— et MONNERAT (G.) : Remarques sur les établissements pour enfants inadaptés. (Sauvegarde, janvier 1950).
LE MOAL : Centre d'Observation de Chevilly-Larne. (Sauvegarde, janvier 1950, n° 9-10).
— Coordination entre l'observation et la rééducation. (Sauvegarde, janvier 1950, n° 9-10).
LEREDU : Rapport sur la responsabilité limitée et le traitement à appliquer à la Société Prisons. (Revue Pénitentiaire 1905, p. 43, 186, 313).
LESTRÉE : Proposition de loi belge sur la responsabilité civile des déments. (Rev. D.P. et Cr. 1925, p. 289).
LÉVY (F.) : Des sentences indéterminées. (Th. Droit Paris 1896).
LEY (Auguste) : Le Droit de punir. (Rev. D.P. et Cr. 1925, p. 989)
— Les délinquants anormaux et la D.S. Etude critique de projets de révision de la loi belge de 1930 envisagée au point de vue médicale. (A.M.P. janvier 1947, p. 1).
LISBONNES-CAMBOULIVES, MARTY (G.), DUCOUDRAY (J.) : Projet Loi protection sociale relative aux délinquants mentalement anormaux. (Ann. Méd. Lég. 1938, p. 561).
LLEVELYN-ROBERTS (Mme) : Le Service Social pour enfants anormaux. (H.M. 1928, p. 110).

Locard : Le crime et les criminels. (Paris 1910).
Loi allemande du 24 juillet 1933, Béraud : (Th. Droit Aix 1937).
Loi belge de D.S. : 9 avril 1930 (Rev. D.P. et Cr. 1930, p. 408).
Lombroso : Anthropologie criminelle. (1891-1892).
— L'homme criminel. (Alcan 1895).
— Le crime, causes et remèdes. (Alcan 1907).
— L'homme criminel. (Alcan 1931).
— Le crime, causes et remèdes. (Alcan 1931).
Loudet : Indices médico-psychologie et légaux de l'état dangereux. (A.M.P. 1940, T. 1, p. 385).
— Owaldo : Le diagnostic de l'état dangereux. (Congrès Int. Cr. 1950).
Lucchini : Le Droit criminel et les nouvelles théories. (Pichot 1892).
Lutz : Délinquance juvénile. (2me Congrès Int. Cr. 1950).
Magnol : Protection des intérêts civils des aliénés et anormaux criminels. (Rev. Pén. 1924, p. 469).
— L'avant-projet de révision du Code Pénal Français. (Sirey 1934).
— « Cours de Droit Criminel et Science Pénitentiaire ». (1935, p. 272 et suivantes).
Mahmoud Ihsam Zohdi : De la sentence indéterminée et de l'indétermination de la sentence. (Th. Droit Paris 1927).
Makarewiez : « Das Wesen des Verbrechens ». (Vienne 1896).
Malpel : Essai sur la mise en pratique des sentences indéterminées. (Th. Droit Toulouse 1900).
Manouvrier : L'innéité criminelle. (Paris 1928).
Marcovitch : Crimes passionnels amoureux et constitution. Leurs conséquences médico-légales. (Th. Méd. Toulouse 1937).
Martial : Main-d'œuvre, malades, condamnés, réfugiés et refoulements. (H.M. 1935, p. 56).
Martin (Etienne) : (A.M.L. 1924, p. 344).
Marty (G.) : cf.: Lisbonne-Camboulives.
Mathé (L.) : La responsabilité atténuée ; lois faites dans les divers pays ; lois à faire concernant les criminels à responsabilité atténuée. (Paris, Vigot frères, 1911).
Mathis : Technique du Centre d'Observation. (Janvier 1950, n° 9-10).
Mauro (G.-B. de) : La peine à temps indéterminée. (A.M.L. 1929 p. 225).
Maxwell : Le concept social du crime. (Alcan 1914).
— Le crime et la Société. (Alcan 1909).
Mestral-Combremont (Pierre de) : Sauvegarde de la jeunesse. (Genève, Georg et Cie S.A., 1936).
Michel : Projet présenté à la Société Médico-Légale. (Rev. Pén. 1922, p. 745).
— La législation et les aliénés criminels (projet de loi). (H.M. 1922-23, p. 240).
Micoud : cf. : Brissaud.

Miltgen (Edouard) : Le cerveau des criminels. (Th. Méd. Toulouse 1938).
Minkowski (Eugène) : La psychopathie, son orientation, ses tendances. (Evolution Psychiatrique 1937).
Moruzi (J.) : De l'intervention de l'autorité judiciaire dans exécutions des peines et mesures de sûreté. (1938, p. 1.251).
Mosse : Variétés pénitentiaires. Magistrats pénitentiaires. (Sirey 1932).
— Variétés pénitentiaires. (Sirey 1936).
— Les prisons et les maisons d'éducation corrective. (Sirey 1939).
Neymark (E.) : Le système des sentences indéterminées. (1926, p. 917).
Nissen (H.) : L'internement est-il un traitement qui se différencie essentiellement de la peine? (1938, p. 1.223).
Notin (B.) : La prophylaxie criminelle dans les grandes villes. (Thèse Lyon 1935).
Oliviers : Psychoses pénitentiaires. (A.M.P. 1926, T. 2, p. 262).
Overholser : Historique et application de la loi Briggs dans le Massachusetts. (A.M.P. 1937, p. 343).
Pactet : Congrès International de Médecine de Lisbonne. Avril 1906).
Palmade : T.A.T. (A.M.P. 1947, T. 1, p. 129).
Palopoli : Le nouveau C.P. italien et la réorganisation des établissements de jeux. (Rev. D.P. et Cr., déc. 1931, n° 12).
Parant (Victor) : La responsabilité atténuée et la sanction pénale. (A.M.P. 1912, p. 439).
Parrel (De) et Hoffer : Les enfants qu'il faut réadapter. (Vigot Paris 1935).
Pararidge : Vagabondage. (A.M.P. 1940, T. 1, p. 384).
Paul-Boncour (G.) : Observation et sélection des mineurs délinquants. (A.M.P. 1920, T. 2, p. 175).
Perret et Becker : Considérations sur le traitement à l'antabus chez les alcooliques. (Toulouse Médical, février 1951. P.M. 1951, n° 29).
Perrin (Jean) : La responsabilité pénale des toxicomanes. (Th-Méd. Paris 1938).
Petit : L'assistance aux enfants déficients et délinquants en Allemagne, Italie, U.R.S.S. (H.M. 1936, p. 201).
Petren : Résultats de la loi de préservation suédoise. (Acta Psychiatrica et Neurologa, vol. VIII, fasc. 3, 1933, Copenhague).
Picard : Essai de conciliation du libre arbitre et la théorie positiviste. (A.M.L. 1929, p. 109).
— A propos du projet de loi de D.S. (Rev. belge de D.P. et Cr. 1929, p. 694).
— Délinquants anormaux et récidivistes dans la loi belge de D.S. (Rev. de D.P. et Cr. 1931, p. 940).
Pichot : Tests mentaux en psychiatrie, 1950.
Pichon (Ed.) : Prophylaxie Délinquance juvénile.

PINATEL : Traité élémentre de science pénitentiaire et de D.S. (Sirey).
PINATEL (Jean) : Cahiers de Sauvegarde, 1947, n° 1.
— Le récidivisme des mineurs délinquants. (Janvier 48, n° 22).
PIPROT D'ALLAUMES : Organisation des Commissions de D.S. (Congrès Criminologie 1950).
POROT et ROUY-AMIOT (Colette) : Délinquance juvénile en Algérie. (Sauvegarde, août-octobre 1950).
PRINS : Criminalité et répression. (Bruxelles 1885).
— Service pénal et droit positif. (N^os 392 et suivants).
— La D.S. et les transf. D.P. (1910).
Proposition de loi sur le régime des aliénés, adoptée en première délibération par le Sénat, 23 décembre 1913. (Informateur 1913, p. 507).
Proposition de loi : Répression délits et crimes commis par les enfants. M^me Poinso-Chapuis, MM. Gallet, Henri Lacaze, Dominjon et Philippe Farine. (Sauvegarde, janv. 50, n° 7).
PROUST : Enquête et rapport sur les asiles d'aliénés criminels à la Société des Prisons. (Revue Pénitentiaire : 1878, p. 570, 759, 949, 955 ; 1879, p. 30, 169, 250, 254, 882 ; 1881, p. 113, 219, 343).
PRUDON : L'alcoolisme et les toxicomanes au point de vue pénal. (Thèse Méd. Paris 1936).
RABINOWIES : La crise et l'avarice du D.P. Révision 1928. Mesures de sûreté. (Rivière 1928).
— La lutte moderne contre le crime. (Bruxelles 1930).
RAVIART et VULLIEN : Expertise mentale contradictoire en matière criminelle. (Ann. Méd. Lég. 1935, p. 269).
RENIN (Med.) : Les aliénés dangereux au point de vue du C.P. du traitement pénitentiaire et de la Ther. psychiatrique. (Rev. de D.P. et Cr. 1923, p. 299).
RENON : Psychiatrie, biologie, responsabilité. (A.M.L. 1934, p. 528).
— Nouveau C.P. des malades mentaux. (Ann. Méd. Lég. 1935, p. 923).
— (Med.) : Prophylaxie criminelle. Examen neuro-psychiatrique. (A.M.L. 1938, p. 521).
RICHARD (Louis) : Le ciminel occasionnel. (Th. Méd. Lyon, 32).
RIESE (Walther) : Le crime instinctif. (Hans Hulser, Berne 1933).
RIGAUD : De l'influence du motif en matière criminelle. (Th. Droit Paris 1898).
ROLLET (Henri) : Le patronage de l'enfance. (H.M. 1928, n° 5).
ROLLIN (Louis) : H.M. et prophylaxie criminelle. Les malades psychiques devant la loi. (Nathan 1937).
ROSS (De) (J.R.R.) : Introduction à l'étude de l'étiologie criminelle.
ROSENGART : Le crime commun, produit social et économique. (Th. Droit Paris 1929).
ROUX : La spécialisation de la magistrature criminelle. (Rev. Pén. 1911, p. 789).
— Défense contre le crime. (Alcan 1922).

— Peut-on empêcher le criminel de naître. (Rev. de D.P. et Cr., Bruxelles, décembre 1948).
RICHTER : Discours à l'ouverture de l'école belge de criminologie. (Rev. de D.P. et Cr. 1921, p. 201).
SALDAMA (Méd.) : La D.P. universelle. (A.M.L. 1925, p. 197).
SALDAMA (A.) : Peines et mesures de sûreté. (Rev. D.P. et Cr. 1927, p. 418).
— La criminologie nouvelle. (Paris 1929).
SALEILLES (R.) : L'individualisation de la peine. (Paris, Alcan 1898).
SANSON (L.) : Considération sur la réforme pénitentiaire. (Th. Méd. Bordeaux 1924).
SASSERATH : Comment faudrait-il reformer la loi de D.S. relative aux déments et anormaux criminels ? (Rev. D.P. et Cr. 1937, p. 58).
SAUSSURE (De) et MORGENTHALER : Les délinquants psychopathes. (A.M.P. 1931, T. 2, p. 477).
SCHIFF (Méd.) : cf.: Claude.
SCHMIDEBERG : Rééducation du délinquant. (2me Congrès Int. Crim. 1950).
SCOTTE (Mlle), ROUS et AUREILLE : Dessin comme test psychologique chez les enfants anormaux. (Comité Enfance Délinquante, Marseille 1947).
SÉRIEUX : Asile, prisons. (Informateur, H.M.).
— L'internement « par ordre de justice » des aliénés et des correctionnaires sous l'ancien Régime. (Recueil Sirey, Paris).
SIGNOREL : Le crime et la D.S. (Berger Levroud 1912).
SIMON : 300 cas de délinquance juvénile. Essai de psychologie et de conclusions d'ordre pratique. (Bulletin mensuel de la Société Alfred Binet, nos 312, 313, 1935, p. 117 à 142).
SIMONNET : Du rôle du juge dans l'exécution des peines. (Th. Droit Dijon 1934).
SIVADON : Assistance extra-hospitalière. (A.M.P. 1947, T. 1, p. 30).
Société d'Etudes de Psychiatrie Sociale de la région toulousaine. Travaux auxquels ont participé : le docteur PERRET, le professeur RISER, le professeur PLANQUES, M. le doyen MAGNOL, M. le Directeur régional des Services Pénitentiaires, les docteur LAMY et OLLÉ, les docteurs PERRET, BASTIÉ, CHAURAND, GAYRAL et LAFAGE, médecins des H.P., les docteurs BARRÈRE, BECQ, HERVÉ, LABOUCARIE, NOGUÈS, PARANT, ROQUES, médecins psychiatres, M. le Juge LAUTECAZE, Me CANGARDEL, Mlle SCIOLETTE, assistante sociale.
SOMMER (André) : Les rapports de l'acte et de la personne au point de vue médico-légal. (Th. Méd. Strasbourg, Clermont-Ferrand, 1941).
Sous-Commission de Lille : Etude du projet de loi de D.S.
Sous-Commission de Toulouse : Etude du projet de loi de D.S.
SOUVAY (R.) : De la réforme de l'expertise médico-légale devant les juridictions pénales. (Th. Paris 1935).

Stérilisation des criminels, des débiles et des malades mentaux en Allemagne. (L'Informateur 1924, p. 222).
Stérilisation aux U.S.A. (P.M., 31 décembre 1949).
Stern (E.) : Le T.A.T. (Delachiaux et Niestlé. Suisse, 1950).
Stern (Hilde) : Deux ans de dépistage psychiatrique appliqué aux détenus de Saint-Michel. (Th. Méd. Toulouse 1949).
Stoop : La controverse sur la responsabilité. (Rev. D.P. et Cr. 1925, p. 656).
Strauss (Paul) : La future loi française sur le régime des aliénés. (L'Informateur 1913, p. 161 à 210).
Tanovigeane (N.) : Les mesures de sûreté. (Thèse Paris 1934).
Tarde : La philosophie pénale. (Masson 1890).
— Etudes pénales et sociales. (Masson 1892).
— La criminalité professionnelle. (Masson 1897).
— Les lois sociales. (Paris, Alcan 1898).
— La criminalité comparée. (1910).
Thélin : Nature et régime juridique des mesures de sûreté.
Toulouse : Le service de prophylaxie mentale du département de la Seine. (H.M. 1925, p. 158).
— « Le Journal », 22 décembre 1928.
— et Donnadieu de Vabre : L'expertise psychiatrique. (Ann. Méd. Lédg. 1935, p. 145 à 269).
Turkel (Med.) : Psychiatre et responsabilité. (Rev. Int. Cr. 1931, p. 213).
Turquet de Beauregard : Du rôle des magistrats dans l'exécution des mesures de D.S. (Th. Droit Reims 1934).
Tzocoff : Les conf. internat. d'unification du D.P. (Th. Droit Nancy 1936, p. 55).
Umlelualla (Guillermo) : Importance des décisions psychiatriques dans les questions civiles et pénales. (Ann. Méd. Lég. 1935, p. 800).
Van Bemmelen : Criminologie.
— Socio.Criminogénèse. (Congrès Int. Cr. 1950).
Vandervelde : Les anormaux et la D.S. (Rev. D.P. et Cr. 1924, p. 93).
Van Hamel : Quels sont les moyens les plus efficaces à employer dans la lutte contre la récidive ? (Bulletin de l'Union Int. de D.P. 1889, p. 92).
— Les sentences indéterminées. (Rev. Pén. 1893, p. 737).
Vaucher-Cremieux : Système préventif des délits et des crimes. (Lausanne 1872).
Vaulin (C.-H.) : Essai d'une nouvelle conception de la responsabilité pénale. (1938, p. 509).
Verdeniels (E.J.) : Inconduite de mineurs débiles (1947).
Verger : L'évolution des idées médicales sur la responsabilité des délinquants. (Bordeaux 1922).
Vermeylen : La mise en observation psychiatrique suspend-elle les effets du mandat d'arrêt ? (Rev. D.P. et Cr. 1934, juin, n° 6).
Vernet : Observation dans les classes de la « Maison des Enfants ». (Janvier 1950, n° 9-10).

VERSTRAETEN : Sur l'internement et la libération des délinquants anormaux. (A.M.P. 1933, T. 1, p. 676).
VERVAECK : La conception anthropologique du traitement des condamnés. Les réformes du système pénitentiaire qu'elle entraîne. (Rev. D.P. et Cr. 1921, p. 355. Imp. Médicale et Scientifique, Bruxelles 1921).
— (Med.) : Une enquête psychiatrique dans les prisons françaises. (A.M.L. 1924, p. 473).
— L'activité des A.P. des prisons belges. (Rev. D.P. et C. 1924, p. 901).
— Le fonctionnement des A.P. des prisons belges. (Rev. D.P. et Cr. 1925, p. 314).
— (Med.) : Le traitement de tous les délinquants dans le cadre pénitentiaire. (A.M.L. 1926, p. 165).
— Le projet de D.S. (Rev. D.P. et Cr. 1926, p. 989).
— Le projet belge de D.S. (Rev. belge D.P. et Cr. 1927, p. 192).
— (Med.) : La création de colonies psychiatriques pour buveurs et toxicomanes. (Rev. D.P. et Cr. 1927, p. 1.126).
— Les conditions de l'expertise psychiatrique criminelle. (Rev. D.P. et Cr. 1929, p. 685).
— Les lois suédoises de D.S. (Rev. D.P. et Cr. 1929, p. 779, 1931, p. 894).
— (Med.) : L'obligation du traitement pour les buveurs dangereux. (Tiré à part n° 313. Bibl. Int. Méd.-Lég.).
Les conditions de l'expertise mentale des anormaux visées par la loi de D.S. (Rev. D.P. et Cr. 1931, p. 10).
— Deux années d'application de la loi de D.S. (1932, p. 1.110).
— Du patronage des anormaux libérés après un internement par censure de D.S. (Le Progrès Médical, 21 mai 1932).
— Libération des criminels anormaux par mesure de D.S. (Bruxelles Médical, n° 44, 28 août 1932).
— Une expérience de législation de D.S. (H.M. B. 933, n° 2, 6, p. 125, Doin, Paris, 1933).
— Reclassement d'un délinquant. (H.M. 1933, p. 160).
— Les recherches d'anthropologie criminelle en prison. (P.M. 1934, n° 52, p. 1.061).
— Premier bilan quinquennal de la loi de D.S. à l'égard des anormaux. (Rev. D.P. et Cr. 1936, p. 633 et 801).
— Existe-t-il un traitement du déséquilibre mental à réaction antisociale. (Rev. D.P. et C. 1937, p. 396).
— Etude de la personnalité du délinquant. (Rev. D.P. et Cr. janvier 1939, n° 1).
VIDAL : cf.: Magnol.
— La spécialisation du juge pénal. (Rev. Int. D.P. 1932, p. 225, 1933, p. 68).
VIENNE : La notion moderne de peine et la réforme du système répressif. (Th. Droit Lille 1936).
VIOT : Prévention et répression de la criminalité des foules. (Th. Droit Nancy 1936).
Vœu adopté par Académie de Médecine, 22 mars 1949. Narcoanalyse et M.L.

Voirin : Conditions de l'observation des mineurs. (Janvier 1950 9-10).
Von Listz : Lehrbuch der deutschen Strafrechts, 1897.
Vullien : cf.: Raviart.
Wahlberg : Das Princip der Individualisirung in der Strafrechts pflege. (Vienne 1869, ch. VI, p. 144, 160).
Yocas : L'influence de la guerre européenne sur la criminalité. (Th. Méd. Paris 1926).

Table des matières

AVANT-PROPOS 13

INTRODUCTION 15
Le système actuel 15
Prison ou Hôpital psychiatrique 16
Condamnation avec circonstances atténuantes 16
Il s'agit d'individualiser la peine 17
Plan de notre étude 18

HISTORIQUE 21

I. — *La notion de peine et d'irresponsabilité* 21
Régime de la force 21
Codification de la vengeance 21
Responsabilité individuelle 22
L'irresponsabilité de l'aliéné 22
Théorie déterministe 23
Théorie classique 23
Limitation de la responsabilité 24

II. — *La notion d'individualisation de la peine* 24
Définition 25
Rapide historique 26
Les catégories de cas du C.P. 26
Le Jury 26
Loi Bérenger 27
Les circonstances atténuantes 27
Relégation 27
L'expertise psychiatrique 27

III. — *Principales propositions et réalisations de Défense Sociale concernant les anormaux psychiques délinquants* 28
Wahlberg, 1869 28
Ecole italienne, 1880 28
Tarde, 1880 28

Loi de 1885 sur la relégation 28
Saleilles, 1898 29
Congrès de Lisbonne 1906 29
Projet de loi Gerente, Collin, 1911 29
Mental Deficiency Act de 1913 ; Angleterre (Insane Offenders Bill de 1800, Loi de 1884) 29
Loi Briggs en 1921 en Amérique 30
Proposition de Balthazar en 1926 30
Loi Suédoise de 1927 31
Loi Hollandaise de 1928 31
Loi Suédoise de 1929 32
Loi de Défense Sociale belge 1930 32
Projet Blacque-Belair et Ceillier 1930 35
Commission d'étude de 1930 36
Code Pénal Italien de 1930 36
Projet français de révision du C.P. 36
Danemark 1935 36
France : décret de 1936 36
Proposition Louis Rollin de 1936 36
Projet Lisbonne-Camboulives, Marty, Ducoudray 37
C.P. Suisse de 1937 38
Loi Suédoise de 1945 38
Piprot d'Allaune 40

EXPOSÉ POSITIF DE QUELQUES MOTIFS 41

Dépistage à la prison de Toulouse 41
Dépistage à la prison de Loos 41
Rôle nocif de la prison 42
Problème de l'ordonnateur de l'expertise 44

LES ANNEXES PSYCHJATRIQUES (A.P.) ET LES LABORATOIRES D'ANTHROPOLOGIE CRIMINELLE (L.A.C.) 47
Société d'Etudes de Psychiatrie Sociale de la région toulousaine 47
Sous-Commission de Lille 47

I. — *A.P.* 47
But 47
Définition de l'anormalité psychique 48
Conditions d'entrée à l'A.P. 49
Séjour à l'A.P. 50
Règlement général intérieur 50
Observation médicale 50
Tests 51
Narco-analyse 56
Traitements 60
Sortie de l'A.P. 61
Rôle du Médecin-Chef de l'A.P. 61
Organisation matérielle 62
Locaux 62

Personnel 62
Matériel médical 63

II. — *L.A.C.* 63

Centres de réadaptation sociale 65

Psycho-criminogénèse 65
Rôle du Centre de Réadaptation 66
Méthodes d'investigation 68
Rééducation 72
Reclassement 76
Différentes sortes d'établissements 77

Commissions médico-juridiques 79

Politique à suivre 80
Composition 83
Pouvoirs 84
Surveillance Sociale 84

Prophylaxie 87
Dispensaires de Prophylaxie mentale 87
Prophylaxie de la Délinquance juvénile 88
Dépistage scolaire 89
Centres pédotechniques 90

Incidence financière 91

Conclusion 93

Bibliographie 95